



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN
LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES
DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE
SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE
2014 A ENERO DEL 2015”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Escobar Acosta, Lilian Fernanda

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Ambato - Ecuador

Abril, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema “**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015**”, de Lilian Fernanda Escobar Acosta, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de investigación **“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....
Escobar Acosta, Lilian Fernanda

DERECHOS DE AUTOR

Autorizó a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis parte de ella un documento, disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero 2015

LA AUTORA

.....
Escobar Acosta, Lilian Fernanda

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015”** de Lilian Fernanda Escobar Acosta, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Abril del 2015

Para constancia firman:

_____	_____	_____
PRESIDENTE/A	1ER VOCAL	2DO VOCAL

DEDICATORIA

A Dios y a mi Virgencita, agradecida a ellos por la vida que tengo, el darme sabiduría, fortaleza, perseverancia para alcanzar mis metas.

A mis amados gemelos Stalyn y Steven por ser mi fuerza para seguir adelante, quienes con su ternura y amor hacen que mi vida sea más hermosa, a quienes pertenece el tiempo invertido en mi carrera, y triunfos en mi vida, Mi esposo Santiago Salazar que me ha brindado amor, paciencia, y siempre alentándome que siga adelante.

A mis padres Wilson Escobar y Marlene Acosta pilares importantes en mi vida, quienes han tenido que emigrar para darnos un buen bienestar a mi hermano y a mí, que la distancia no ha sido impedimento para siempre brindarme su apoyo incondicional, desinteresado tanto económicamente, ejemplo de perseverancia en mi vida, siempre dándome fuerzas para culminar mi carrera.

A mi hermano Mauricio gracias por su apoyo, dicha que Dios me regalo.

Lilian Fernanda Escobar Acosta

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por darme la oportunidad de culminar mi formación académica.

A mi Tutor Dr. Fernando Salazar, por ser guía en el desarrollo de tesis, a la Dra. Aida Aguilar por su apoyo desinteresado y guía a lo largo de mi carrera.

A Gabriela López más que una compañera, amiga con una apoyo incondicional, las dos siempre dándonos ánimos mutuamente, que si se puede, luchando por culminar nuestros estudios.

Lilian Fernanda Escobar Acosta

PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA.....	3
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	3
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	8
1.2.3 PROGNOSIS.....	9
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
1.4 OBJETIVOS	12
1.4.1 GENERAL.....	12
1.4.2 ESPECÍFICOS.....	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEORICO.....	13
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	13
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	15
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	16
2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	18
2.4.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	19

2.4.2 CARACTERÍSTICAS GINECO-OBTÉTRICAS.....	20
2.4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	36
2.4.4 ESTILO DE VIDA	38
2.4.5 CAMBIOS UROGENITALES.....	41
2.4.6 CAMBIOS PSICOLÓGICOS	41
2.4.7 CAMBIOS SOMÁTICOS	42
PRINCIPALES PROBLEMAS DEL CLIMATERIO.....	44
2.5. HIPÓTESIS.	51
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	51
2.6.1 Variable Independiente	51
2.6.2 Variable dependiente.....	51
CAPÍTULO III.....	52
3. METODOLOGÍA	52
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	54
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	58
3.7.1. TÉCNICAS:.....	58
3.7.2. INSTRUMENTO.....	58
3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	58
CAPÍTULO IV.....	60
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	60
4.1 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA.....	60
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	93
CAPÍTULO V.....	98
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	98
5.1 CONCLUSIONES	98
5.2 RECOMENDACIONES.....	99

CAPÍTULO VI.....	100
PROPUESTA.....	100
6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	100
6.1 TEMA.....	100
6.1.1 Institución Ejecutora.....	100
6.1.2 Ubicación.....	100
6.1.3 Tiempo.....	100
6.1.4 Equipo Responsable.....	100
6.1.5 Costos:	101
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	101
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	101
6.4 OBJETIVOS.....	102
6.4.1 Objetivo General.....	102
6.4.2 Objetivos Específicos.....	102
6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	102
6.6 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	103
6.7 FUNDAMENTACIÓN.....	103
6.8 MODELO DE GUÍA.....	104
6.8.1 MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE MENSTRUAN.....	104
6.8.2 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS.....	109
6.9 METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN.....	114
6.10 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	116
6.11. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	117
BIBLIOGRAFÍA.....	118
LINKOGRAFÍA.....	118
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.....	122
ANEXOS.....	125

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 Variable Independiente.....	56
Cuadro N°2: Variable dependiente.....	57
Cuadro N° 3 Plan de Acción.....	114
Cuadro N° 4 Evaluación.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Tipo de Menopausia.....	60
Tabla N° 2 Estado Civil.....	61
Tabla N° 3 Nivel de Estudio.....	63
Tabla N° 4 Nivel Económico.....	64
Tabla N° 5 Paridad.....	65
Tabla N° 6 Hábito de Fumar.....	66
Tabla N° 7 Consumo de Alcohol.....	68
Tabla N° 8 Etnia.....	69
Tabla N° 9 Índice de Masa Corporal.....	71
Tabla N° 10 Ejercicio Físico.....	73
Tabla N° 11 Bochornos.....	75
Tabla N° 12 Palpitaciones.....	77
Tabla N° 13 Trastornos del Sueño.....	78
Tabla N° 14 Molestias Osteo Articulares.....	79
Tabla N° 15 Depresión.....	81
Tabla N° 16 Irritabilidad.....	83
Tabla N° 17 Ansiedad.....	84
Tabla N° 18 Cansancio.....	86
Tabla N° 19 Problemas Sexuales.....	88
Tabla N° 20 Sequedad Vaginal.....	90
Tabla N° 21 Problemas de vejiga.....	91
Tabla. N° 22 Frecuencias Observadas.....	95
Tabla. N° 23 Frecuencias Esperadas.....	95
Tabla N° 24 Obtención de X^2 Calculado.....	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Fases del climaterio.....	24
Gráfico N° 2 Cambios Fisiológicos del Climaterio.....	27
Gráfico N° 3 Principales factores de riesgo para osteoporosis.....	33
Gráfico N° 4 Cronología del Síndrome Climatérico.....	33
Gráfico N° 5 Resumen del Síndrome Climatérico.....	34
Gráfico N° 6 Factores Socio Económicos.....	38
Gráfico N° 7 Tipos de Menopausia.....	61
Gráfico N° 8 Estado Civil.....	62
Gráfico N° 9 Nivel de Estudio.....	63
Gráfico N° 10 Nivel Económico.....	64
Gráfico N° 11 Paridad.....	66
Gráfico N° 12 Hábito de Fumar.....	67
Gráfico N° 13 Consumo de Alcohol.....	68
Gráfico N° 14 Etnia.....	69
Gráfico N° 15 Índice de Masa Corporal.....	71
Gráfico N° 16 Ejercicio Físico.....	73
Gráfico N° 17 Bochornos.....	75
Gráfico N° 18 Palpitaciones.....	77
Gráfico N° 19 Trastornos del sueño.....	78
Gráfico N° 20 Molestias Osteo Articulares.....	80
Gráfico N° 21 Depresión.....	82
Gráfico N° 22 Irritabilidad.....	83
Gráfico N° 23 Ansiedad.....	85
Gráfico N° 24 Cansancio.....	86
Gráfico N° 25 Problemas Sexuales.....	88
Gráfico N° 26 Sequedad Vaginal.....	90
Gráfico N° 27 Problemas de vejiga.....	92
Gráfico N° 28 Campana de Gauss.....	97

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015”

Autora: Escobar Acosta, Lilian Fernanda

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Fecha: Ambato, Febrero 2015

RESUMEN

El climaterio es un proceso natural, lento y variable de una mujer a otra, que se desarrolla de forma progresiva a partir de cierta edad y que constituye una etapa más en el proceso evolutivo y desarrollo personal de la mujer. Durante este periodo se presentan cambios hormonales que en ocasiones llevan asociados problemas de salud, que influyen en la calidad de vida de la mujer, por lo que es importante identificarlos y conocer los tratamientos, por lo que el climaterio ha de plantearse desde una óptica biopsicosocial.

La menopausia se define como la interrupción definitiva de las menstruaciones; las actitudes y creencias respecto a ésta han variado ampliamente con el tiempo, desde su consideración como un signo de decadencia y una enfermedad, lo que suponía una visión negativa y una excesiva medicalización, hasta su consideración actual como un hecho universal, normal y fisiológico que no supone el final de la vida de la mujer, sino solamente el fin de la fase reproductora.

La edad media de la menopausia se sitúa en torno a los 50 años, y dado que en 2014 la esperanza media de vida para la mujer es de 73 años, la importancia que ésta adquiere es obvia, ya que más de la tercera parte de la vida va a transcurrir después de ella.

La mayoría de las mujeres no tienen un conocimiento adecuado sobre el climaterio, lo que lleva a que una parte importante de las que ven afectada su calidad de vida nunca consulten mientras otras que no la ven afectada sí lo hacen, medicalizando un proceso fisiológico y convirtiéndolo en una enfermedad. Este hecho se une en muchos casos a la confusión de los propios profesionales, ya que el cambio que se ha producido en las indicaciones de tratamiento tras los últimos estudios no siempre se ha difundido de una forma clara.

**PALABRAS CLAVE: CLIMATERIO_SOCIODEMOGRÁFICOS_
BIOPSICOSOCIAL _MEDICALIZANDO.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AND QUALITY OF LIFE ACCORDING TO THE SCALE OF POINTS MENOPAUSAL (MRS) IN WOMEN OF 40 TO 59 YEARS WHO ATTEND TO CLIMATIRICAL HEALTH SUB CENTER HUACHI CHICO, CANTON AMBATO, PERIOD OCTOBER 2014 TO JANUARY 2015"

Author: Escobar Acosta, Lilian Fernanda

Tutor: Dr. Salazar Faz, Fernando Abel

Date: Ambato, February 2015

SUMMARY

The menopause is a natural, slow process variable from one woman to another, which develops gradually from a certain age and is a further step in the evolutionary process and personal development of women. During this period sometimes hormonal changes that are associated with health problems affecting the quality of life of women occur, so it is important to identify and understand the treatments, so the climacteric must arise from a biopsychosocial perspective.

Menopause is defined as the final cessation of menses; attitudes and beliefs about it have varied widely over time, from consideration as a sign of decay and disease, implying a negative view and overmedicalization to its current account as a universal fact that normal physiological not the end of life of women, but only to the reproductive phase.

The average age of menopause is around 50 years, and since 2014 the average life expectancy for women is 73 years, the importance it takes is obvious, since more than a third Life will pass after her.

Most women do not have adequate knowledge about menopause, leading to a significant portion of which are affected their quality of life never consulted while

others are not affected do, medicalizing a physiological process and making a disease. This fact is linked in many cases to the confusion of the professionals themselves, since the change that has occurred in the indications for treatment following recent studies has not always been disseminated in a clear manner.

KEYWORDS: SOCIAL_DEMOGRAPHICS_BIOPSIOSOCIAL
_MEDICALIZING.

INTRODUCCIÓN

El climaterio es un periodo de transición que pone término a la capacidad reproductiva de la mujer. Inicia varios años antes de que se produzca la menopausia o cese del periodo menstrual y como mínimo se prolonga hasta el primer año siguiente a la menopausia.

Es un periodo que se caracteriza por la disminución de las funciones ováricas productoras de hormonas, sobre todo por la intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos y progesterona. El climaterio ocurre entre la quinta y sexta década de la vida, de manera natural, en esta etapa se despiertan en la mujer sentimientos desfavorables con diversas intensidades.

Esta predisposición negativa de la mujer hacia el climaterio se explica por los problemas psicológicos que sufre durante esta época de la vida, por las situaciones de crisis que ocurren en su familia y por los prejuicios sociales hacia la menopausia.

Los cambios hormonales se asocian a diversas manifestaciones clínicas que implican cambios psíquicos, sociales, culturales y biológicos. Entre la sintomatología asociada al síndrome climatérico se encuentran síntomas vasomotores (bochornos sudoraciones nocturnas), cambios en el patrón sueño vigilia, cambios de humor o estabilidad emocional, disfunciones sexuales, problemas con la concentración y la memoria.

El síndrome climatérico puede ser tan intenso que ocasiona cambios en la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. Los estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que el estrógeno ejerce una influencia positiva no sólo en la inestabilidad vasomotora, al reducir el número e intensidad de los bochornos y las sudoraciones, sino también en los trastornos psicológicos como la depresión, las enfermedades de la conducta sexual, afectiva y el declinamiento de la función cognitiva. Se pueden experimentar varios trastornos psicológicos durante el

climaterio: depresión involutiva, cambios en el humor, trastornos del sueño, nerviosismo, ansiedad y pérdida de la concentración.

La finalidad del presente estudio es determinar la calidad de vida que presenta una población femenina durante el periodo climatérico que asiste a consulta externa del Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo octubre 2014 a enero del 2015.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS) EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.

Macro

El climaterio es un proceso fisiológico caracterizado por una disminución progresiva de la secreción de estradiol que provoca, además de irregularidades menstruales, manifestaciones de diverso orden, en el ámbito somático vegetativo, psicológico y urogenital.

Según los autores Arteaga en Chile y De Lorenzi en Brasil, esta variedad de síntomas y su intensidad pueden modificarse de acuerdo a factores sociales, culturales y físicos. Si, además de estas variables, se considera las diferentes percepciones de cada mujer con respecto a sus propios síntomas, es necesario uniformar criterios para evaluar estos síntomas. En respuesta a esta situación, se creó la Escala de Puntuación Menopáusica con sus siglas en inglés (MRS) Menopause Rating Scale, la que permite obtener mediciones de la calidad de vida específica para el período del climaterio, y a su vez, comparar, a nivel epidemiológico, las distintas poblaciones de mujeres.

En esta línea, autores como De Lorenzi, Oliveira y Aldrighi, en la actual década, han investigado diferentes poblaciones de mujeres en fase de climaterio, concluyendo que la sintomatología propia de este período está relacionada con sus hábitos de vida, tales como el consumo de cigarrillos, la actividad física y recreativa, entre otras. (De Lorenzi DRS, Chada E, Saciloto B, Padilha I, 2011)

En Chile, se realizó la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000 y la Encuesta Nacional de Salud 2003, en las cuales se abordaron los temas del sedentarismo, la obesidad, el consumo de tabaco y la calidad de vida propiamente tal; obteniendo como resultado una alta prevalencia de hábitos perjudiciales para la salud. Frente a esta situación, las autoridades implementaron los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010", en los que se encuentran políticas de salud dirigidas a las mujeres de esta fase. (Arteaga E, 2011)

Según un artículo publicado en el diario El Mercurio, más de la mitad de las mujeres latinoamericanas mayores de 40 años padece de algún trastorno en su sexualidad, de acuerdo con un estudio publicado en Santiago por la Red Latinoamericana de Investigación del Climaterio, se establecen los siguientes resultados: el 56% de las mujeres latinas de 40 o más años tienen este tipo de problema que afecta su calidad de vida, siendo Quito, con un 98,5%, la ciudad con más alta tasa de disfunción sexual, seguida por Montevideo (94,5%) y Cochabamba (86,3%). El principal problema que afecta la vida sexual de las

mujeres con una edad superior a las cuatro décadas es la sequedad vaginal (46,64%). (El Mercurio, 2009)

En un estudio realizado en Venezuela a 2.339 mujeres, se observó que el 83 % tenía síntomas que se correspondían con el llamado síndrome climatérico, 49,3 % severos; 31,0 % moderados, y el 19,7 % leves. (Capote Bueno, Segredo Pérez, & Gómez Zayas, 2011)

En un estudio realizado recientemente en el Ecuador (Organización Panamericana de la Salud, 2007), en un grupo de mujeres de bajo nivel socioeconómico, se encontró como indicadores más frecuentes la dificultad para concentrarse, sentimientos de infelicidad o malestar, dolor de cabeza y síntomas vasomotores.

La edad media de presentación de la menopausia en las mujeres ecuatorianas, como en otros países de América Latina, ocurre antes que en las mujeres estadounidenses y europeas, hecho que se ha asociado, entre otros factores, con la mayor altitud en que viven y su menor nivel educacional y socioeconómico. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

En este trabajo se analiza la frecuencia de los síntomas de menopausia y los riesgos relacionados en una población de mujeres postmenopáusicas de Ecuador que participaron en un programa de tamizaje metabólico. (Organización Panamericana de la Salud, 2007). En este estudio transversal participaron 325 mujeres postmenopáusicas (> 1 año de amenorrea), de $55,9 \pm 8,1$ años de edad (mediana: 54 años), que tenían útero y no habían empleado ninguna terapia de sustitución hormonal. Después de un ayuno nocturno, se tomó una muestra de sangre para medir la glucemia y el perfil lipídico. Además, se recabaron los datos demográficos, se midió la circunferencia en la cintura y la presión arterial y se aplicó el cuestionario específico para medir la calidad de vida durante la menopausia denominado MENQOL. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Los síntomas encontrados con mayor frecuencia fueron las oleadas de calor (53,3%), la sudoración (49,2%), la pérdida de memoria (80,6%), la depresión (67,4%), los dolores musculares y articulares (84,0%), la resequedad de la piel (85,5%), la evasión a la intimidad (76,2%) y los cambios en el deseo sexual (76,5%). La población estudiada presentó algunas similitudes y diferencias, en comparación con las mujeres menopáusicas de otros grupos étnicos. Esas diferencias deben estudiarse con mayor profundidad, aunque las características socioeconómicas y demográficas pueden explicar algunas de ellas. Por ejemplo, la paridad, los síntomas vasomotores y los trastornos sexuales no estuvieron relacionados con una mayor tasa de síntomas menopáusicos en este estudio, como se ha observado en otros estudios realizados en mujeres ecuatorianas de bajos ingresos. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Durante la transición menopáusica aparecen algunas manifestaciones relacionadas con el síndrome metabólico —como la hipertensión, la hiperinsulinemia, el perfil lipídico aterogénico y la diabetes—, que a su vez aumentan el riesgo cardiovascular. En la población estudiada se encontró una mayor prevalencia de síndrome metabólico (41,5%), hipertensión arterial (38,8%), hiperglucemia (16,6%), hipertrigliceremia (56,9%) y obesidad abdominal (54,2%), en comparación con otras poblaciones. La característica diagnóstica más importante encontrada en las mujeres con síndrome metabólico, según el criterio adoptado por el Tercer Panel de Tratamiento de Adultos (ATP III), fue la obesidad abdominal (83,7%). Los niveles elevados de triglicéridos y la obesidad abdominal elevaron el riesgo de sufrir oleadas de calor, mientras que a mayor edad y el tener 5 años o más de menopausia lo redujeron. La hipertrigliceremia también incrementó el riesgo de sufrir sudoraciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Estos resultados confirmaron que la tasa de depresión en las mujeres postmenopáusicas que presentaban obesidad abdominal es mayor que en las no obesas, además de presentar dolores musculares y articulares en mayor grado. Las

mujeres con niveles elevado de glucemia en ayunas (> 110 mg/dl) presentaron un mayor riesgo de resequeidad de la piel y de cambios en su deseo sexual. La mayor edad también se asoció significativamente con una mayor frecuencia de resequeidad de la piel. (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Meso

La frecuencia de síntomas menopáusicos en la población de mujeres ecuatorianas fue similar a la encontrada en otras poblaciones de mujeres latinoamericanas y de otras regiones y estuvo asociada con la edad y el estado hormonal y metabólico. Se observó una asociación significativa entre la obesidad abdominal y la presencia de síntomas menopáusicos. Se deben recomendar cambios en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios, ya que constituyen medidas eficaces y sencillas para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo cardiovascular en las mujeres postmenopáusicas. (Chedraui P, Hidalgo L, Chávez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Menopausal symptoms and associated risk factors among postmenopausal women screened for the metabolic syndrome. Arch Gynecol Obstet. 2007; 275:161–8.) (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Micro

En la provincia de Tungurahua existe debilidades para brindar una atención de calidad a las mujeres que empiezan a enfrentarse al climaterio, existe una serie de problemas para adaptarse a los síntomas, por lo cual sufren mucho, no tienen los conocimientos adecuados a pesar que instituciones como APROFE y el Ministerio de Salud realiza algunas actividades de formación y charlas sobre las alteraciones somáticas que pueden traer el climaterio.

Las mujeres de zonas rurales no acuden a los subcentros de salud, por lo que el climaterio crea cierto grado de incapacidad y temor, problemas psicológicos presentan una mayor inestabilidad emocional, depresión, estrés, y desmotivación.

Al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato acuden las mujeres para ser atendidas por los problemas del climaterio, por diversas razones, según la observación presentan inestabilidad y depresión, también los cambios hormonales que se asocian con varias manifestaciones psíquicas, sociodemográficas, culturales y biológicas, presentan diversos síntomas como bochornos, sudoraciones nocturnas, cambios en el patrón de sueño, vigilia, son muy inestables emocionalmente, pero además una de las razones por las cuales acuden al Subcentro de salud son las disfunciones sexuales.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

Las mujeres con bajo nivel educacional y/o socioeconómico suelen presentar síntomas climatéricos más severos porque tienen menos acceso a la información sobre esta etapa.

Una de las causales son los mitos y creencias erróneas sobre el climaterio que usualmente tiene las mujeres para enfrentar los síntomas, su llegada se convierte en un problema que causa, temor por todos los cambios que se presentan pero sobre todo a nivel emocional, miedo a las alteraciones sexuales, como la disminución de deseo sexual, y otras disfunciones que las puede afectar.

Las manifestaciones más significativas son el cese definitivo de la menstruación, bochornos y sudoraciones nocturnas, en el ámbito psicológico se presenta depresión, angustia, irritabilidad o impaciencia, sobre todo cuando esta etapa no tiene la asesoría y control de un profesional y una evaluación efectiva de los síntomas, lo cual causa el deterioro en el bienestar integral de la salud de las mujeres, sintiéndose insatisfecha por su calidad de vida.

Las mujeres no pueden adaptarse al climaterio porque tienen una serie de alteraciones emocionales presentes mucho antes de empezar esa etapa, por las malas relaciones con su pareja o problemas en el hogar, y se encuentran en un mayor grado de depresión, tristeza, desmotivación e inestabilidad, por lo cual

tienen un alto grado de insatisfacción con su actual estilo de vida, su familia, y su entorno.

1.2.3 PROGNOSIS

Si no se soluciona el problema a través de la evaluación, y posteriormente la educación y asesoría, podrían las mujeres padecer de depresión por el climaterio, fuerte inestabilidad emocional, temores por no saber cómo sobrellevar esta nueva etapa de su vida, causando un alto grado de insatisfacción con su actual calidad de vida, además de disminuir el bienestar en los ámbitos psicológicos, biológicos, físicos, sociales y emocionales, con un bajo acceso a información sobre el climaterio, privando a las mujeres de conocimientos sobre los distintos síntomas que puede presentar, siendo mucho más intolerables las alteraciones somáticas, psicológicas y urogenitales, viéndose afectadas en su ámbito familiar y social.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Qué factores sociodemográficos afectan en la calidad de vida según la Escala de Puntuación Menopáusica MRS en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son las dimensiones más afectadas en la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?
- ¿Qué condición socioeconómica y estilo de vida son las que más afectan a las mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?

- ¿Qué características gineco-obstétricas son las que afectan a la calidad de vida de mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?
- ¿Existen diferencias en las dimensiones somático – vegetativa, psicológicas, urogenitales según el estilo de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?
- ¿Cómo aplicar la Escala de Puntuación Menopáusica MRS en la consulta externa, para la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

De contenido

Campo: Salud Pública

Área: Ginecología

Aspecto: Climaterio

Espacial: La investigación se realizó en el Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato

Temporal: Periodo Octubre 2014 – Enero 2015

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es de importancia, porque permitió conocer los principales factores sociodemográficos que afectan la calidad de vida en mujeres climatéricas con el fin implementar estrategias de educación para la salud, con actividades que sensibilizan sobre los cuidados necesarios en esta etapa de vida.

La investigación es **novedosa** porque se analizó los factores sociodemográficos que influyen en las alteraciones que afectan a las mujeres en el climaterio, y a su vez investigando con la ayuda del instrumento de ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA con sus siglas en inglés (MRS) Menopause Rating Scale, con el fin de conocer los síntomas del climaterio, como las oleadas de calor, trastornos del sueño, problemas musculares y articulares, estableciendo las escalas mediante indicadores porcentuales y frecuencias.

Es de **interés** el estudio pues mediante la identificación de los conocimientos, las actitudes y prácticas de las mujeres frente la menopausia, se realizó un análisis de las expectativas de este grupo, para mejorar su calidad de vida mediante las actividades promoción para la salud.

Es **factible** porque se contó con el apoyo del personal médico y de salud del Subcentro de Salud de Huachi Chico, con los datos y la información técnica para la ejecución de la evaluación con la escala MRS, además con datos bibliográficos sobre el climaterio y la calidad de vida de las mujeres de 40 a 59 años.

Es de **impacto** porque permitió describir los factores sociodemográficos que más influyen en la calidad de vida, síntomas y cambios que tiene la mujer en el climaterio, considerando que es una etapa de transición de la mujer, donde ocurren una serie de cambios físicos, psicológicos, y sociales, los cuales debe ser analizados de manera integral con el fin de establecer estrategias que ayuden a la adecuada alimentación, el ejercicio moderado, la reducción del estrés y la ingesta de alcohol.

El fin es realizar actividades de capacitación sobre el proceso fisiológico naturales de la vida de la mujer, para que puedan tener una actitud positiva con personalidad equilibrada y tranquila.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 GENERAL

Establecer los factores sociodemográficos que afectan en la calidad de vida según la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.

1.4.2 ESPECÍFICOS.

- Definir las dimensiones más afectadas en la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.
- Analizar la condición socioeconómica y estilo de vida son las que más afectan a las mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.
- Definir qué características gineco-obstétricas afectan a la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.
- Comparar si existen diferencias en las dimensiones somático – vegetativa, psicológicas, urogenitales según el estilo de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.
- Diseñar una propuesta para la aplicación de la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en la consulta externa, para la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En base a los variable de estudio se encontraron los siguientes estudios sobre la calidad de vida de las mujeres en el climaterio:

Un estudio realizado por **AYALA-FAJARDO, PORTELA-BUELVAS, & MONTERROSA-CASTRO (2012)** denominado **¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA EN EL CLIMATERIO QUE TIENEN MUJERES COLOMBIANAS DIABÉTICAS CUANDO SE EVALUAN CON “MENOPAUSE RATING SCALE”?**, llego a las siguientes conclusiones:

El 70.3% de las mujeres presentaban oleadas de calor, siendo moderadas, severas o muy severas en la mitad de ellas. Molestias músculo/articulares tenían el 69.2% siendo moderados, severo o muy severos en seis de cada diez. Más de la mitad manifestaron trastornos del sueño, siendo severo o muy severo en el 13.7%. Aunque menos de la mitad (45.8%) informó tener problemas sexuales, la tercera parte de ellas afirmó que eran severos o muy severos. La manifestación severa y muy severa más prevalente fueron los problemas sexuales (30.6%).

El 25% de las mujeres tenían deterioro severo en la escala urogenital, escala con mayor compromiso.

En el artículo de **CHEDRAUI P , AGUIRRE W , HIDALGO L , L FAYAD.** Denominado **LA EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA ENTRE LAS MUJERES DE MEDIANA EDAD SANOS CON LA CLASIFICACIÓN MENOPAUSIA ESCALA.**

La frecuencia e intensidad de los síntomas de la menopausia en una población dada, según la evaluación de varias herramientas, varían y dependen de varios factores, entre ellos la edad, el estado menopáusico, condiciones crónicas y perfil sociodemográfico.

Consistía determinar la frecuencia y la intensidad de los síntomas de la menopausia, así como los factores de riesgo asociados entre las mujeres ecuatorianas de mediana edad sanos.

Dónde se realizó un Estudio Transversal en mujeres sanas de 40 o más años de edad, con útero intacto y los ovarios, que trabaja en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, Ecuador, se les pidió que contestarán el cuestionario de la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS). La frecuencia y la intensidad de los síntomas, así como puntuaciones obtenidas, se evaluaron y se correlacionan con los datos demográficos. (Chedraui P, 2007)

Durante el período de estudio, se encuestó a 300 sujetos. La edad media fue de 45,1 +/- 3,1 años (mediana 45). Donde las mujeres eran, premenopáusicas (40,6%); perimenopáusicas (48%) y después de la menopausia (11,4%). Un 62% de las mujeres no eran sexualmente activas y 8.3% tienen menos de 12 años de escolaridad. Los 5 síntomas más frecuentes de los 11 que componen el MRS (n = 300) fueron: problemas musculares y articulares (77%), estado de ánimo depresivo (74,6%), problemas sexuales (69,6%), sofocos (65,5%) y los trastornos del sueño (45,6%). En general, las mujeres peri y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas. El total y las puntuaciones de las subescalas de la Escala MRS aumentaron significativamente en relación con la edad y la etapa

de la menopausia. Las mujeres con menor nivel educativo presentaron mayores puntajes somáticos y psicológicos en comparación con otras mujeres. Las mujeres sexualmente inactivas presentan mayor total, así como puntajes somáticos, psicológicos y urogenitales. Análisis de regresión logística confirmó asociaciones significativas encontradas durante el análisis univariado.

En dónde se llegó a la conclusión que esta población sana específica, la edad, la menopausia, la inactividad sexual y nivel educativo fueron factores de riesgo independientes que predicen los síntomas menopáusicos más severos. (Chedraui P, 2007)

En el artículo de **MONTERROSA CASTRO, ÁLVARO; PATERNINA CAIDEDO, ÁNGEL; ROMERO PÉREZ, IVETTE** (2011) con el título: **“LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EN EDAD MEDIA VARÍA SEGÚN EL ESTADO MENOPÁUSICO”** publicado en Iatreia, en el cual se llegaron a las siguientes conclusiones:

Se hizo un estudio transversal aplicando un formulario y la escala MRS, según lo expuesto por el autor este grupo hace parte de un conjunto mayor de mujeres que conforman el proyecto de investigación CAVIMEC (estudio que evalúa la Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), y también hace parte de la base de datos del proyecto de investigación de la Red Latinoamericana para el Estudio del Climaterio y la Menopausia (REDLINC). (Monterrosa Castro, Paternina Caidedo, & Romero Pérez, 2011)

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

Se fundamenta en el paradigma crítico propositivo porque se realizará un análisis integral del problema sobre la influencia de los factores sociodemográficos en la calidad de vida de las mujeres climatéricas, y analizando los síntomas que más presentes y que causales tienen mayor incidencia, como los problemas familiares, psicológicos, miedos, temores, estableciendo además el nivel de conocimientos

sobre el tema, y a su vez desarrollar una propuesta para la mejor de la calidad de vida de las mujeres en el climaterio.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Se fundamenta en la Constitución del Ecuador 2008, con publicación en el Registro Oficial No. 449 el 20 de octubre de 2008.

Sección segunda

Salud

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la Información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

CAPITULO III

De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad. (ECUADOR, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley No.67 , Registro Oficial Suplemento No.423, 2002)

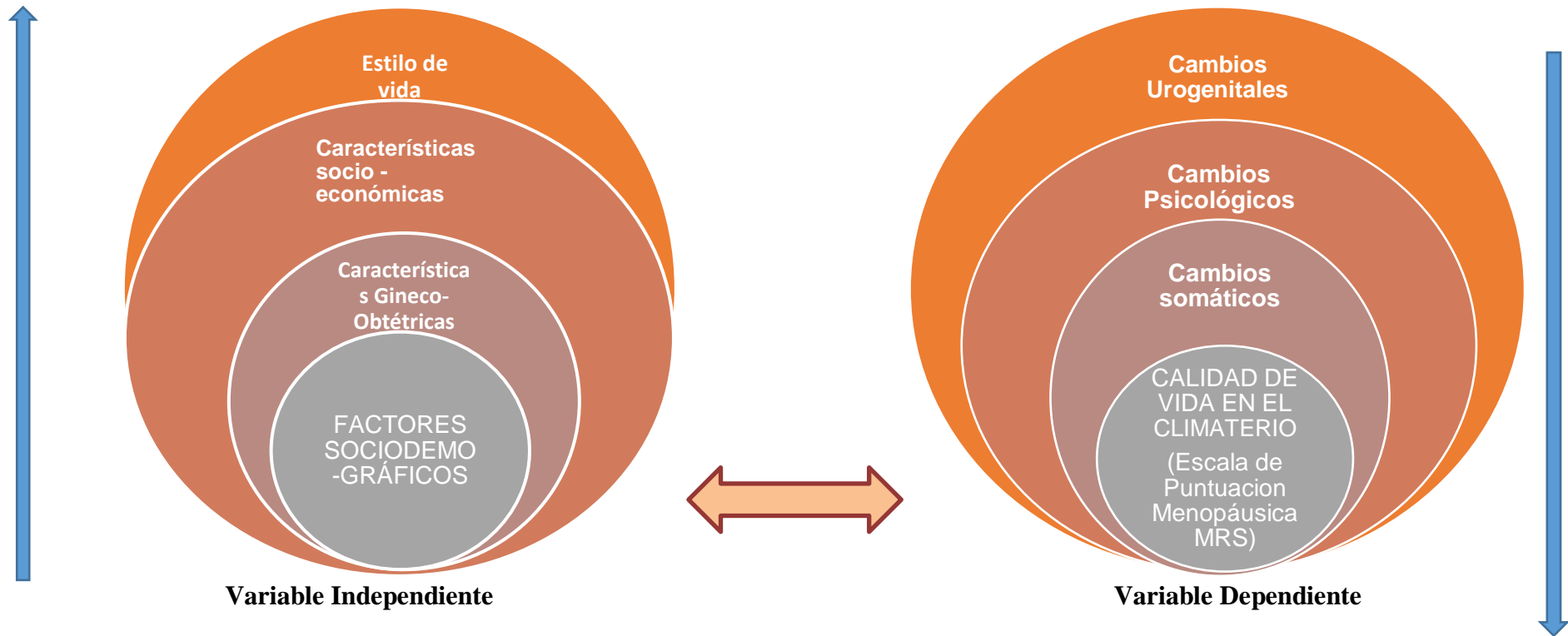
Sección séptima

Salud

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (ECUADOR, "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud". , 2002)

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



Elaborador por: Lilian Escobar

2.4.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

Los indicadores demográficos son el reflejo de las características demográficas de una población. Entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad y sexo, la tasa de natalidad, la tasa de fertilidad, el porcentaje de la población urbana y la esperanza de vida al nacer, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud-enfermedad.

Los dos tipos o partes de la demografía están interrelacionados entre sí, y la separación es un tanto artificial, puesto que el objetivo de estudio es el mismo: las poblaciones humanas.

- **Demografía estática:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.
 1. La **dimensión** es el número de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado.
 2. El **territorio** es el lugar de residencia de las personas que puede globalizarse o desagregarse como, por ejemplo, una nación, una región, una provincia, una ciudad, un municipio, etc.
 3. La **estructura** de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de persona. Según las **Naciones Unidas**, estas variables son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.
- **Demografía dinámica:** Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el

transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones.

Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la mortalidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la mortalidad, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración.

Su expresión son las tablas demográficas, que son los datos estadísticos numéricos y gráficos. Los administradores utilizan el censo total (real (cada diez años) o muestreos (estimados) mensuales o anuales). Tienen que estar diseñados de forma que no sólo se puedan establecer estadísticas descriptivas, sino que también puedan realizarse análisis demográficos cruzados. Un ejemplo son: los sueldos anuales y las edades o la distribución por sueldos, por clases sociales, en la nación y en una comunidad, por viviendas y familias, etc. Tópicos generales o variables básicas son la riqueza, el poder y la movilidad social.

2.4.2 CARACTERÍSTICAS GINECO-OBTÉTRICAS

CLIMATERIO

En los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio por tres razones fundamentales:

1. Problema socio-demográfico: el elevado crecimiento de la población mundial y el incremento en la esperanza de vida de la mujer, es de 73 años (o sea, que la mujer vive casi 30 años en el período del climaterio), hacen que se diseñen programas y se proyecte atención diferenciada por un grupo multidisciplinario para elevar la calidad de vida de este grupo etéreo.
2. Problema de salud: constituye un problema de salud la morbilidad del síndrome climatérico y la provocada por afecciones cardiovasculares, por fracturas óseas así como las afecciones del sistema nervioso central.

3. Demanda de la atención: la solicitud de las mujeres de la edad mediana de mejorar su calidad de vida, ya que conocen a través de los medios de difusión y la educación para la salud de la posibilidad de una terapéutica en esta etapa.

Concepto.- Su origen es un déficit hormonal en las mujeres, producto de la disminución de la función ovárica. Este periodo suele comenzar a manifestarse alrededor de los 50 años, y se establece como tal a contar de un año de la última menstruación. (Zavala Molina, 2007)

El climaterio es la etapa de la vida de la mujer cuando se produce el tránsito de la vida reproductiva a la no reproductiva, cuando ocurren cambios hormonales por pérdida gradual y progresiva de la función ovárica, lo que trae, por consiguiente, manifestaciones clínicas denominadas "síndrome climatérico" y aparecen síntomas y signos debidos a este déficit en el aparato genital, cardiovascular y osteomioarticular, del sistema nervioso central, que interactúan con los procesos socioculturales. (B, s.f., pág. 331)

En esta etapa ocurre un evento fundamental, la menopausia, que es el cese de la menstruación.

Clasificación:

1. Perimenopausia: período previo al establecimiento de la menopausia, cuando comienzan las manifestaciones del declinar de la función ovárica, como trastornos menstruales, comienzo del síndrome climatérico con la aparición de sofocos, irritabilidad, insomnio y depresión.

2. Posmenopausia: período posterior al establecimiento de la menopausia (12 meses de amenorrea, cuando aparecen ya todos los síntomas del déficit estrogénico a corto, mediano y largo plazo.

También se presentan sangramientos anormales, afecciones genitourinarias y síntomas relacionados con la sexualidad.

MENOPAUSIA

El término menopausia (del griego meno-menstruación y pausis-cesación) se refiere al cese permanente de las menstruaciones, resultante de la pérdida de la actividad folicular ovárica.

Según la OMS, se establece con 12 meses de amenorrea. Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), son suficientes 6 meses de amenorrea para clasificarla como posmenopausia. (B, s.f., pág. 332)

Tipos de menopausia:

1. Espontánea: producida por el cese fisiológico gradual y progresivo de la función ovárica que ocurre alrededor de los 50 años de edad.
2. Artificial: producida por el cese de la función ovárica por cirugía (anexectomía doble), radioterapia o poliquimioterapia.
3. Precoz: causada por insuficiencia ovárica primaria, 5 años previos a la edad considerada como habitual para cada país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología - Obstetricia (FIGO) en menores de 45 años.
4. Tardía: cuando se produce 5 años posteriores a la edad considerada para cada país. Según algunos autores, en mujeres mayores de 55 años.

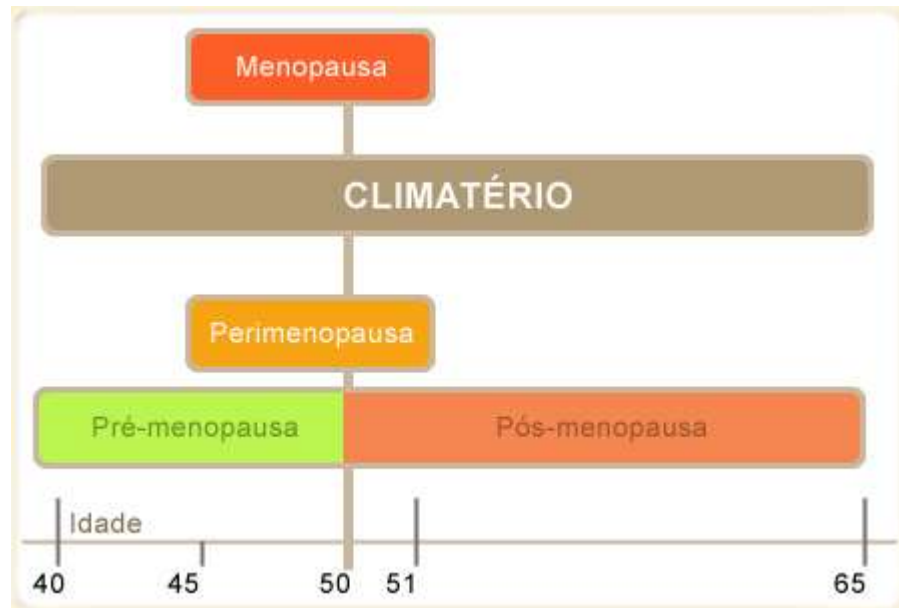
Existen algunos factores que modifican la edad de la menopausia:

1. Genéticos: (madres e hijas).

2. Climatológicos: menopausia tardía en los países cálidos.
3. Estado civil: se reporta que las solteras tienen menopausia más precoz.
4. Factores socio-económicos: en países pobres se adelanta la edad.
5. Paridad: se reporta más tardía en las multíparas.
6. Tabletas anticonceptivas: su uso adelanta la edad de la menopausia.
7. Hábito de fumar:
 - a) Acción de la nicotina sobre los centros hipotalámicos.
 - b) Efecto inductor enzimático en el hígado.
 - c) Acción nociva directa del benzopireno sobre las células germinativas.
8. Otros factores:
 - a) En las pacientes con nutrición vegetariana es más precoz.
 - b) La histerectomía la adelanta 4 a 5 años.
 - c) La ligadura de trompas puede adelantar la aparición de la menopausia.

Fases del climaterio

Gráfico N° 1 Fases del climaterio



Tomado de Schering Láminas ginecológico-anatómicas.

Tomando como punto de referencia la menopausia, podemos dividir el climaterio en tres etapas: premenopausia, perimenopausia y posmenopausia.

Premenopausia

Período de meses o años que precede al cese definitivo de la menstruación. Comienza a los 40 o 45 años aproximadamente. Durante este período pueden darse los primeros trastornos (perturbaciones del ciclo y trastornos vegetativos) debido al fallo progresivo de la función ovárica secundaria a la disminución de folículos activos.

Cambios hormonales

Los cambios hormonales se deben a:

- Disminución de folículos del ovario.
- Menor capacidad de respuesta de los folículos a la acción de las gonadotropinas hipofisarias.

- Alteración en la sensibilidad hipotálamo-hipofisaria al control ejercido por las hormonas ováricas.

Debido a la disminución de folículos ováricos y, por consiguiente, al descenso de la respuesta de los folículos a la acción de las gonadotropinas hipofisarias, disminuye la producción de estrógenos (concretamente del estradiol).

Con frecuencia, el pico ovulatorio de los estrógenos y de la hormona lutenizante ya no es tan elevado, pudiendo llevar a una insuficiencia del cuerpo lúteo, incluso a una falta de ovulación en varios o en todos los ciclos. Al no producirse cuerpo lúteo, cesa la producción de progesterona y el endometrio no pasa por la fase de secreción.

Al descender la producción de estrógenos (inhibidores de la producción de gonadotropinas hipofisarias) y de inhibina, la hipófisis aumenta los niveles de hormonas gonadotrópicas (sobre todo de la FSH) para conseguir respuesta en el ovario.

Repercusiones en el ciclo

Las alteraciones hormonales tienen repercusión en el ciclo. Estas repercusiones son también variables, pudiendo existir: ciclos normales intercalados con períodos de amenorrea, ciclos cortos (polimenorrea), ciclos largos (oligomenorrea). Otra alteración son las metrorragias que normalmente son precedidas de ciclos largos anovulatorios.

Con los años, estas alteraciones de la ovulación se hacen más frecuentes.

Con el cese de la producción de progesterona, aparece un desequilibrio a favor de los estrógenos. Este hiperestrogenismo provoca una serie de trastornos:

- Síndrome premenstrual. Los síntomas son muy variados y se presentan en los días próximos a la menstruación. Los más frecuentes son:

a) Tensión mamaria, con aumento de volumen y sensación dolorosa.

- b) Hinchazón de abdomen y, a veces, en las extremidades.
- c) Aumento de peso durante esos días.
- d) Nerviosismo y susceptibilidad.

- Trastornos tróficos en el útero y en la mama

Ante la estimulación estrogénica no compensada por la progesterona, el endometrio responde con una hiperplasia. Esta debe ser controlada por el ginecólogo por riesgo de hemorragia y de neoplasia. El tejido muscular también es sensible, y reacciona con la formación de pólipos y miomas.

Ante el predominio estrogénico sobre la progesterona, las mamas reaccionan con una mastopatía fibroquística. Aunque es un proceso benigno, provoca sensación de tensión y de dolor que suele angustiar y preocupar a las mujeres.

Perimenopausia

Considerada como la verdadera etapa de transición, la perimenopausia es la etapa que va desde el final de la premenopausia hasta un año después de la menopausia. Suele durar de 3 a 5 años. Comienza con la aparición de alteraciones menstruales y endocrinas.

Posmenopausia

La posmenopausia es la etapa que se inicia después de 12 meses de la interrupción definitiva de las menstruaciones y termina con el comienzo de la senectud.

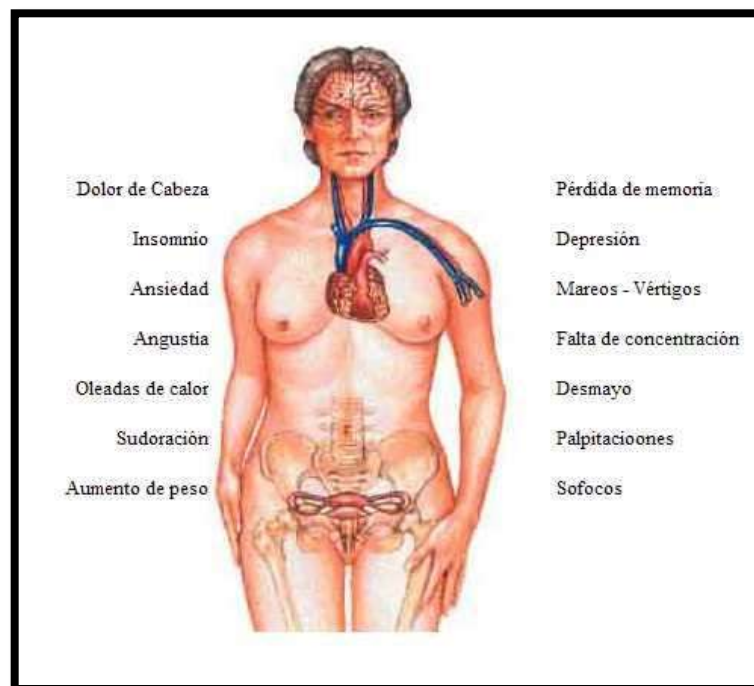
En la posmenopausia, los cambios hormonales son: aumento de la hormona gonadotropina, incremento de la FSH Y LH (manteniéndose más elevados que en la vida reproductiva), descenso de estrógenos y de andrógenos. En esta etapa, el estrógeno principal es la estrona (de menor intensidad que el estradiol). Ésta se produce a partir de la androstendiona en la periferia (grasas, piel, músculo). Las mujeres obesas tienen mayores niveles de estrona, siendo menos susceptibles a los

signos de deprivación, sin embargo, se incrementa el riesgo de cáncer endometrial.

El descenso de hormonas antiandrogénicas (de estradiol y de progesterona), promueven la aparición de signos de virilización a pesar de que los niveles plasmáticos de andrógenos (androstendiona y testosterona principalmente) están disminuidos.

Cambios fisiológicos del climaterio

Gráfico N° 2 Cambios Fisiológicos del Climaterio



Tomado de Schering, op. cit.

En la menopausia se produce un agotamiento folicular en el ovario y, como consecuencia, el suceso clave: la caída de estrógenos. Este descenso estrogénico va a condicionar la mayoría de cambios que se van a producir durante el climaterio.

A continuación se detallan algunos de los cambios más relevantes.

Cambios genitourinarios

Los cambios más característicos en el aparato genitourinario son los siguientes:

- Ovario: se atrofia y disminuye de tamaño. Cesa la producción de estrógenos y aumenta la secreción de andrógenos.
- Útero: disminuye de tamaño y el miometrio se adelgaza. El endometrio pasa a tener menos glándulas, aunque sigue accionando a los estrógenos. El cérvix se atrofia y se retrae; disminuye el moco cervical.
- Vagina: su epitelio se atrofia y desaparecen los pliegues oplicas rugosas que le dan elasticidad. El canal vaginal se vuelve más estrecho y corto, el introito se estenosa. Desaparecen los bacilos de Döderlein y el pH aumenta. Disminuye la lubricación con lo que aparece sequedad vaginal.
- Vulva: aparece atrofia y adelgazamiento de la piel de la vulva. Disminuye el grosor de los labios y su elasticidad. Aparecen defectos de cierre del introito vaginal. Se pierde el vello púbico.
- Vejiga y uretra: se aprecia atrofia de todo el epitelio vesical. El meato uretral se atrofia y queda expuesto al exterior a consecuencia de la atrofia de los labios.
- Suelo pélvico: la disminución en los niveles de estrógenos también afecta al tejido conjuntivo produciendo una disminución en el soporte pélvico.
- Mamas: se produce atrofia del tejido glandular por lo que disminuyen de tamaño y se aplanan los pezones.¹³

Cambios cutáneos

Existe una correlación entre los niveles de estrógenos y el grosor de la piel y su contenido de colágeno. Por ello es frecuente que aparezca atrofia de la piel y disminución de la elasticidad (se vuelve fina y reseca).

Cambios cardiovasculares

Los estrógenos producen aumento de los niveles de HDL y disminución del LDL por lo que la deprivación estrogénica aumenta el riesgo en la mujer de presentar enfermedad coronaria (desaparecen sus efectos protectores). Además, el endotelio vascular tiene receptores para los estrógenos que van a producir vasodilatación arterial, especialmente de las coronarias.

Durante la postmenopausia el perfil lipídico se invierte, se observa un aumento del LDL y del colesterol total y una disminución del HDL por lo que se favorece la formación de placas de ateroma y la aterosclerosis. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en mujeres postmenopáusicas, siendo muy rara en mujeres premenopáusicas. La primera manifestación en la mujer suele ser la angina de pecho.

Otros factores de riesgo conocidos para la enfermedad cardiovascular, aparte de la hipercolesterolemia, son el tabaco, la obesidad (sobre todo troncular), la alimentación, la hipertensión y la diabetes. Las medidas preventivas para la enfermedad cardiovascular irán encaminadas a:

- Mantener una alimentación equilibrada.
- Realizar ejercicio físico.
- Evitar el alcohol y el tabaco.

Cambios en el sistema osteoarticular

Durante el climaterio se produce una pérdida de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del hueso. La masa ósea se renueva de forma constante mediante los osteoblastos y se reabsorbe con los osteoclastos. La osteoporosis se caracteriza por una disminución de la masa ósea debida a que la tasa de resorción del hueso (actividad osteoclástica) es mayor que la de síntesis (actividad osteoblástica). La masa ósea comienza a disminuir a partir de los 40 años y esta pérdida se acelera alrededor de la menopausia.

La osteoporosis va a tener como principal consecuencia la producción de fracturas ante traumatismos mínimos (la más frecuente es la de Colles), los aplastamientos

vertebrales y la fractura de cuello de fémur. La osteoporosis, en ocasiones, produce dolor articular por lo que no es raro que la mujer postmenopáusica refiera dolor difuso en rodillas y columna lumbar. El aplastamiento vertebral producirá dolor de espalda, deformidad de la columna y disminución de la talla.

Los factores de riesgo para la osteoporosis son: factores genéticos, factores raciales (raza blanca), la edad, los bajos niveles de estrógenos, la falta de calcio, el sedentarismo, un bajo índice de masa corporal, la alimentación, la escasa exposición a la luz solar, el tabaco, el alcohol y la cafeína, algunas enfermedades (hiperparatiroidismo, mielomas, leucemias, artritis reumatoide, resección gástrica) y la toma de fármacos (glucocorticoides, anticonvulsivos y heparina).

La pérdida de masa ósea y la aparición de fracturas se previenen con terapia hormonal sustitutiva en mujeres con riesgo. Otras medidas preventivas no farmacológicas son:

- Ejercicio.
- Alimentación adecuada.
- El calcio de la dieta o suplementado.
- La exposición a la luz solar.
- Evitar los tóxicos que interfieren con la absorción de calcio como alcohol, tabaco y cafeína.

Cambios psíquicos

Se ha demostrado que existen receptores estrogénicos en el sistema límbico y en el hipocampo. Además, los factores sociales, culturales y la vivencia que cada mujer tenga del climaterio van a influir en la sintomatología psíquica de esta etapa de la vida. Lo más frecuentes son los trastornos del sueño, muchas mujeres refieren insomnio. También se ha observado mayor nivel de ansiedad, disminución en la capacidad de concentración, pérdida de memoria, irritabilidad y cambios de humor. Es frecuente la tendencia a la tristeza e incluso la depresión leve.

Síndrome Climatérico

El síndrome climatérico se podría definir como el conjunto de signos y síntomas que acompañan a la fisiopatología del climaterio (en sus distintas etapas: premenopausia, perimenopausia y postmenopausia).

Síntomas vasomotores

Los síntomas vasomotores aparecen precozmente y están relacionados con la disminución de los niveles de estrógenos:

- Sofocos: constituyen el síntoma más frecuente. Consiste en una oleada de calor en cara, cuello y pecho acompañada de vasodilatación cutánea de la zona y sudoración. Su duración y frecuencia son variables siendo más habituales en momentos de estrés y durante la noche (hecho que agrava el insomnio). Terminan desapareciendo conforme pasan los años (3-5 años). En algunas mujeres pueden tener gran repercusión en su vida social y laboral. Aunque se desconoce la causa de los sofocos se piensa que su origen es hipotalámico y que están relacionados con los bajos niveles de estrógenos y los picos de LH.
- Palpitaciones: no tienen importancia clínica.
- Cefaleas.
- Vértigo: puede ser por la artrosis de las vértebras cervicales
- Parestesias: en miembros superiores e inferiores, más frecuentes por la noche.

Alteraciones psíquicas

Como se ha expuesto anteriormente, una parte de estas alteraciones depende de factores socioculturales y de la personalidad de la mujer. Entre ellas, las más frecuentes son:

- Insomnio.
- Ansiedad.
- Irritabilidad y cambios de humor.
- Tendencia a estados de ánimo depresivos.

- Disminución del apetito sexual.
- Disminución de la capacidad de concentración y pérdida de memoria.

Aumento de peso

Durante este periodo puede haber una cierta tendencia a la ganancia de peso, pero también se debe al estilo de vida de cada mujer en concreto. Existe tendencia a la obesidad troncular, que es un tipo de obesidad íntimamente relacionada con la enfermedad cardiovascular.

Atrofia genitourinaria

Como se ha expuesto en el apartado anterior, los órganos diana de estrógenos se verán afectados por una atrofia. Esta atrofia se va a traducir en:

- Sequedad vaginal y vulvar que puede llegar a provocar un cuadro de vaginitis y vulvitis (con prurito y dolor), dispareunia y disminución del deseo sexual.
- Mayor riesgo de infecciones vaginales por la disminución de los bacilos de Döderlein y los cambios en el pH vaginal.
- La atrofia del epitelio vesical va a predisponer a cistitis infecciosas o no infecciosas y a incontinencias urinarias.
- Mayor incidencia de prolapsos por relajación del suelo pélvico.

Modificaciones cutáneas

Pueden aparecer signos de virilización por los cambios en la proporción de andrógenos y estrógenos (no es raro el hirsutismo). La piel se vuelve más delgada y menos elástica, y se pierde el vello púbico.

Artralgias y osteoporosis

La osteoporosis es un efecto que se observa a largo plazo. Además, a consecuencia de ello, pueden aparecer dolores articulares en rodillas, región lumbar y cervical, deformidad de la columna y disminución de la talla por aplastamientos vertebrales, y riesgo de fracturas patológicas. Aunque el riesgo de

padecer osteoporosis aumenta en la menopausia y en el climaterio, existen otros riesgos adicionales que se muestran en la Tabla3.

Gráfico N° 3 Principales factores de riesgo para osteoporosis

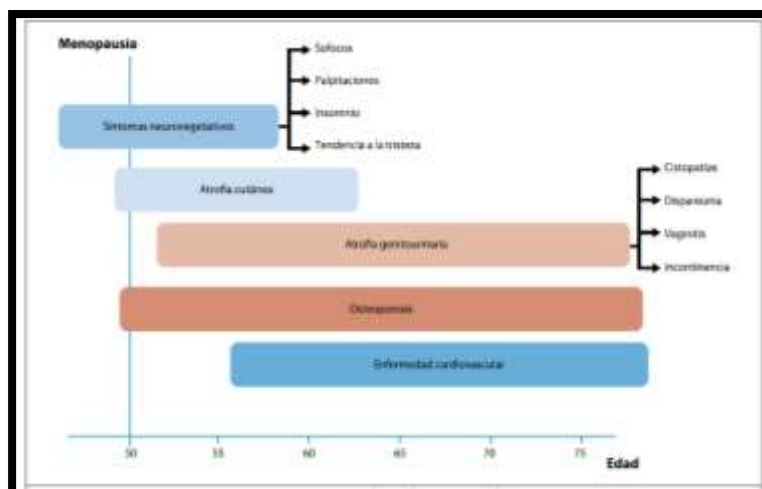
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Raza negra - Menarquia precoz - Menopausia precoz - Ooforectomía temprana - Delgadez 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja ingesta de calcio - Tabaco - Alcohol - Escasa actividad física - Esteroides orales - Hipertiroidismo
<p>Es posible que una mujer no tenga ninguno de estos factores de riesgo y, aún así, padezca osteoporosis</p>	

Fuente: Manual CTO (2011), Oposiciones de Enfermería, Tema 32, pág. 5

Enfermedad cardiovascular

La aparición de enfermedad cardiovascular es también un efecto a largo plazo. Como se ha expuesto anteriormente, el hipoestrogenismo favorece la enfermedad coronaria. Existe más riesgo de ateromatosis por los mayores niveles de LDL y disminución de HDL.

Gráfico N° 4 Cronología del Síndrome Climatérico



Fuente: Manual CTO (2011), Oposiciones de Enfermería, Tema 32, pág. 4

Gráfico N° 5 Resumen del Síndrome Climatérico

Síntomas vasomotores	<ul style="list-style-type: none"> - Baja ingesta de calcio - Tabaco - Alcohol - Escasa actividad física - Esteroides orales - Hipertiroidismo
Síntomas psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Ansiedad - Irritabilidad y cambios de humor - Tendencia a tristeza - Pérdida de concentración - Pérdida de memoria - Disminución del deseo sexual
Aumento de peso	Tendencia a la obesidad troncular
Atrofia genitourinaria	<ul style="list-style-type: none"> - Sequedad vaginal - Vaginitis y vulvitis - Dispareunia - Infecciones vaginales - Cistitis irritativas o infecciosas - Incontinencia urinaria - Prolapsos
Modificaciones cutáneas	<ul style="list-style-type: none"> - Signos de virilización: hirsutismo - Piel seca y poco elástica - Pérdida de vello púbico
Osteoporosis	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores articulares - Deformidad de la columna - Disminución de la talla - Mayor riesgo de fracturas
Enfermedad cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios del perfil lipídico (↓ HDL y ↑ LDL) - Ateromatosis - Enfermedad coronaria

Fuente: Manual CTO (2011), Oposiciones de Enfermería, Tema 32, pág. 5

Actualmente, se estima que la expectativa de vida femenina supera los 70 años en condiciones estables de salud, alimentación, desarrollo físico y social. Esto significa La mujer no debe dramatizar esta etapa que las mujeres deben convivir más tiempo con los síntomas propios de la menopausia (que representa, aproximadamente, un tercio de la vida). (Zavala Molina, 2007)

Debe considerarse a la menopausia como un fenómeno biológico en el proceso de envejecimiento de la mujer, que desmejora la calidad de vida y en el cual se incrementan ciertas enfermedades; entre las más importantes se encuentran la osteoporosis, problemas cardiovasculares y el Alzheimer”, explica el profesional. (Zavala Molina, 2007)

Este paulatino deterioro en el estado físico incide directamente en el aspecto psicológico y social de las mujeres. A medida que avanzan en su menopausia, pueden evidenciar trastornos del ánimo, disminución de la libido y del autoestima, inseguridad, etcétera. En conjunto, esto lleva a que la calidad de vida no sea óptima, tal como era en el periodo fértil. (Zavala Molina, 2007)

Es un hecho que con el climaterio se ve afectada la conducta física, sexual y psicológica. (Zavala Molina, 2007)

Omar Nazzal, de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (Sochog) aclara que la calidad de vida no sólo está dada por el bienestar físico y psicológico de la mujer, sino que también representa “la percepción que tiene el individuo de su situación en la vida, dentro de un contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses” (Zavala Molina, 2007)

Según Nazzal, “lo esencial es permitir que la mujer continúe viviendo confortablemente, manteniendo un balance tanto fisiológico como psicológico en el manejo de los aspectos cotidianos de su vida”. (Zavala Molina, 2007)

Especifica que lo importante es generar conciencia de que se debe dejar de lado la visión que liga a la menopausia con problemas que no se pueden superar. Las mujeres en el climaterio tienen las mismas opciones de disfrutar como antaño, siempre y cuando haya un correcto autocuidado y una relación constante con un médico especialista. (Zavala Molina, 2007)

En general, para el manejo del climaterio, para que la calidad de vida sea óptima, se requiere de tres pilares fundamentales de cuidado: control ginecológico, alimentación saludable y actividad física. La experiencia de los especialistas en climaterio demuestra que con estos hábitos, la calidad de vida se ve asegurada por mucho tiempo. (Zavala Molina, 2007)

El climaterio es un periodo de transición que pone término a la capacidad reproductiva de la mujer. Inicia varios años antes de que se produzca la menopausia o cese del periodo menstrual y como mínimo se prolonga hasta el primer año siguiente a la menopausia. Es un periodo que se caracteriza por la disminución de las funciones ováricas productoras de hormonas, sobre todo por la

intensa variabilidad en las concentraciones de estrógenos y progesterona. (Cruz Martínez, Cruz Anguiano, Martínez Torres, & Boo Verad, 2012, págs. 11 - 12)

El climaterio ocurre entre la quinta y sexta década de la vida, de manera natural, en esta etapa se despiertan en la mujer sentimientos desfavorables con diversas intensidades. Esta predisposición negativa de la mujer hacia el climaterio se explica por las pérdidas psicológicas que sufre durante esta época de la vida, por las situaciones de crisis que ocurren en su familia y por los prejuicios sociales hacia la menopausia. (Cruz Martínez, Cruz Anguiano, Martínez Torres, & Boo Verad, 2012, págs. 11 - 12)

2.4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Calidad de vida asociada al climaterio

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2007), mientras más temprano comienzan los síntomas de la menopausia, más tiempo está la mujer expuesta a los efectos negativos de la falta de estrógeno, responsable de cambios fisiológicos y psicológicos que afectan a su calidad de vida.

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. En otras palabras es el grado de felicidad que experimenta un ser humano. (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

Según (Ayala-Fajardo, Portela-Buelvas, & Monterrosa-Castro, 2012, pág. 14), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida (CV) como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto que va más allá de la sola enfermedad influenciado por la salud física, el estado

psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y la participación en el entorno. El climaterio es una de las etapas vitales de la mujer. Establecer la CV es una de las acciones dentro de la atención integral que estas mujeres deben recibir. La medición de la CV debe cumplirse en la atención primaria, sea realizada por enfermería, médicos generales o especialistas.

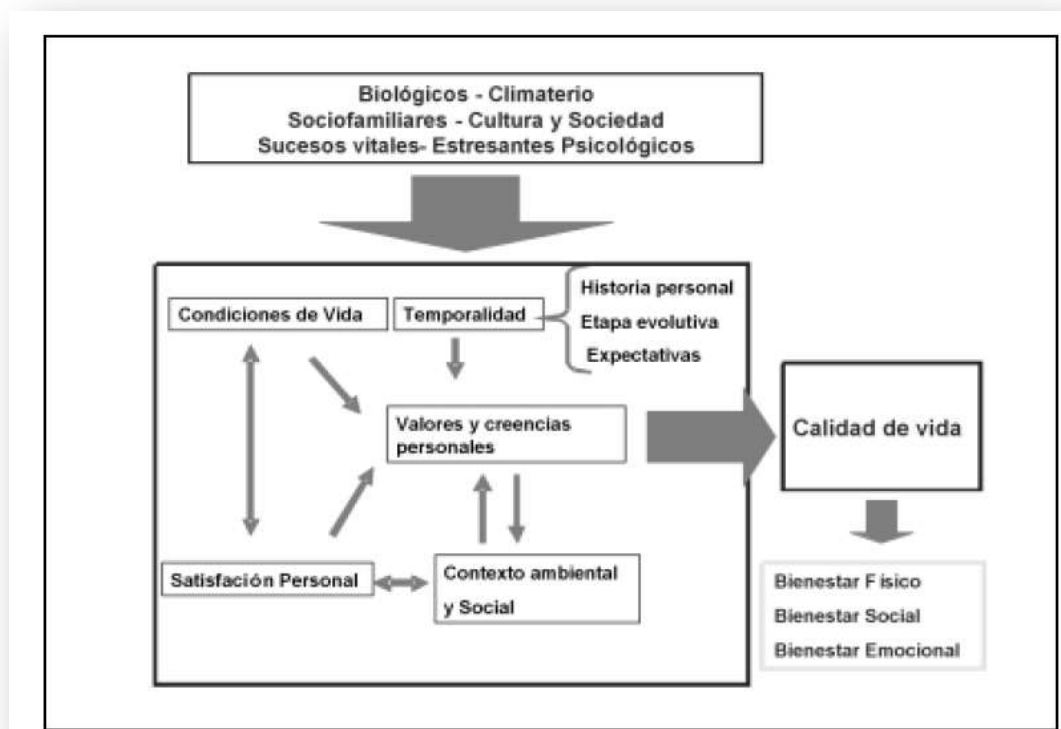
Muchas manifestaciones, síntomas objetivos y subjetivos, así como hallazgos clínicos que se encuentran en las mujeres en climaterio, están relacionadas con los cambios hormonales que son propios de estas edades. Al considerar a mujeres en el climaterio se puede observar que no tienen las mismas expectativas, relaciones sociales, preocupaciones y necesidades educativas. Las mujeres postmenopáusicas tienen mayor presencia de alteraciones sexuales, connotaciones psicosociales y diferentes patologías específicamente cardiovasculares y metabólicas, como la diabetes mellitus. (Ayala-Fajardo, Portela-Buelvas, & Monterrosa-Castro, 2012, pág. 14)

Durante el climaterio ocurre la declinación hasta el cese completo de la función ovárica folicular, con el consiguiente hipoestrogenismo y aparición del síndrome climatérico que puede impactar en forma desfavorable la calidad de vida de la mujer. Dicho impacto en la calidad de vida de la mujer va a depender de una serie de factores tales como por ejemplo la historia personal de la mujer, el contexto cultural y social, estatus económico, nivel de estrés, educación, vivienda, actividad laboral, etcétera (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

De hecho en el año 2002, Schneider, en un estudio de calidad de vida de mujeres climatéricas, efectuado en Berlín nos plantea que los diferentes grados de severidad en el climaterio estarían determinados principalmente por factores presentes en las propias mujeres, tales como el grado de atractivo en el sexo opuesto, la seguridad en sí misma, la ideas de reorientación en la vida y la calidad de la relación de pareja. (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

Obermeyer plantea que la asociación entre cambios hormonales y síntomas de la menopausia es compleja y está fuertemente mediada por factores socioculturales, por tanto el factor endocrino si bien es cierto es importante no es el único y por ende no debemos reducir el climaterio a la simple reducción de estrógenos. (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

Gráfico N° 6 Factores Socio Económicos



Fuente: (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

2.4.4 ESTILO DE VIDA

Modelo de calidad de vida asociada al climaterio:

Para (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223), la calidad de vida es el grado de bienestar físico, social y emocional que se obtiene a partir de la evaluación personal que hace la mujer de sus condiciones vida y la satisfacción personal de dichas condiciones en base a una temporalidad determinada, valores y creencias personales y el contexto social y ambiental. Sobre esta situación

influyen la pérdida de la función folicular ovárica (reducción estrógenos); como así otros factores socioculturales, sucesos vitales y estresantes psicológicos. (Aedo, Cano, & Valenzuela, 2008, págs. 222 - 223)

Los cambios hormonales se asocian a diversas manifestaciones clínicas que implican cambios psíquicos, sociales, culturales y biológicos. Entre la sintomatología asociada al síndrome climatérico se encuentran síntomas vasomotores (bochornos, sudoraciones nocturnas), cambios en el patrón sueño-vigilia, cambios de humor o estabilidad emocional, disfunciones sexuales, problemas con la concentración y la memoria. El síndrome climatérico puede ser tan intenso que ocasiona cambios en la calidad de vida de las mujeres menopáusicas. (Cruz Martínez, Cruz Anguiano, Martínez Torres, & Boo Verad, 2012, págs. 11 - 12)

Características generales del periodo

Según (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006), el climaterio es una etapa de transición en la vida de la mujer, caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales (Li et al., 2000). Los cambios físicos se producen por una deficiencia en los niveles de estrógenos, y afectan a cada mujer de manera diferente (Blümel et al., 2000). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La menopausia es un hito biológico, que separa la vida de la mujer en dos grandes etapas: la reproductiva y la no reproductiva, dado que producto del cese de la función ovárica, se pierde la fertilidad (Bastías y Sanhueza, 2004). La edad promedio de la menopausia en Chile, según estudios, es de 49 años (Blümel et al., 2000). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La transición a la menopausia es actualmente conocida como perimenopausia (Bastías y Sanhueza, 2004; La Valleur, 2002; Schapira et al., 2004), la que comprende unos pocos años antes del cese de la menstruación hasta un año

después de ésta (Li et al., 2000). En esta etapa las mujeres experimentan una gama de síntomas, producidos por la declinación hormonal (Li et al., 2000), tales como bochornos, cambios de humor, sentimientos depresivos, sudoraciones involuntarias, perturbaciones al dormir, disminución de la libido y malestar sexual (Lyndaker & Hulton, 2004). Dichos cambios se pueden agrupar en cambios físicos, destacando las alteraciones vasomotoras, psicológicos y en la sexualidad (Bastías y Sanhueza, 2004; La Valleur, 2002). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La edad de la mujer es uno de los factores descrito como determinante en la manifestación de síntomas climatéricos y en como la mujer vive esta etapa. Casi la mitad de las mujeres mayores de 50 años tienen síntomas climatéricos moderados o severos. Los síntomas de este grupo etario son: sudoración, bochorno y problemas para dormir. En cambio, en las mujeres menores de 50 años, los síntomas más frecuentes son: depresión, problemas para dormir y disminución del deseo sexual (Jokinen et al., 2003; Li et al., 2000). Es importante destacar que en el segundo grupo de mujeres, puesto que están en plena etapa de actividad y realización, se encuentra la mayor cantidad de problemas de autoestima y síntomas depresivos, los cuales impactan significativamente en su calidad de vida (Bastías y Sanhueza, 2004; Lyndaker & Hulton, 2004). Este fenómeno podría explicarse por la búsqueda de una nueva definición del rol de mujer (Ekström & Hovellius, 2000). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

El nivel educacional y socioeconómico son otros factores que influyen en la vivencia de síntomas climatéricos. Las mujeres con bajo nivel educacional y/o socioeconómico tienen síntomas climatéricos más severos que las mujeres con nivel educacional mayor (Brzyski et al., 2001). Lo anterior podría estar explicado porque las mujeres de menor nivel educacional tienen menos acceso a la información sobre esta etapa y, además, tienen menos posibilidades económicas para acceder a un tratamiento farmacológico (Jokinen et al., 2003). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La enfermera y enfermera-matrona debe tener en consideración estas variables (edad, nivel socioeconómico y nivel educacional) al momento de planificar la educación a este grupo de mujeres, principalmente, en lo referente a la elección del grupo de mujeres de edades similares y de la selección de los contenidos educativos atinentes a sus necesidades. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

2.4.5 CAMBIOS UROGENITALES

Cambios durante el periodo

Manifestaciones en el ciclo menstrual

Para (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006), durante la perimenopausia, uno de los síntomas más comunes es el cambio en las características del ciclo menstrual (La Valleur, 2002). Según algunos estudios, más del 90% de las mujeres presenta alteraciones menstruales y sólo un 12% de ellas presenta una repentina amenorrea (Li et al., 2000). Los cambios generalmente empiezan con polimenorrea, lo que significa una cantidad de ciclos más frecuentes, luego aparece una oligomenorrea, lo que indica ciclos de más de 35 días y finalmente se presenta la amenorrea, señalando el cese definitivo de la menstruación (La Valleur, 2002).

2.4.6 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Manifestaciones psicológicas

El autor (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006), el nerviosismo y la ansiedad, síntomas depresivos o tristeza, impaciencia, irritabilidad, angustia y la sensación de sentirse sola son las manifestaciones psicológicas más frecuentes

(Li et al., 2000; Lyndaker & Hulton, 2004), siendo importante considerar, que estos síntomas no se encuentran únicamente asociados a la carencia de estrógenos (Jokinen et al., 2003; Illanes et al., 2002). La perturbación en el dormir es uno de los mayores problemas de las mujeres perimenopáusicas, siendo su etiología aún poco clara, provocando en la mujer fatiga, incapacidad de concentrarse, cambios de humor y alterando considerablemente su calidad de vida (La Valleur, 2002).

2.4.7 CAMBIOS SOMÁTICOS

Manifestaciones vasomotoras

Uno de los síntomas clásicamente asociados a este periodo son las manifestaciones vasomotoras (Ekström & Hovellius, 2000). Investigaciones chilenas reportan que los bochornos son la expresión climatérica más referida por las mujeres (Bastías y Sanhueza, 2004). Más del 85% de las mujeres perimenopáusicas presenta bochornos o sudoraciones nocturnas; de este grupo, el 10% persiste a pesar de recibir tratamiento (La Valleur, 2002). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

Mientras que para algunas mujeres los bochornos no representan un problema durante el climaterio, porque son de poca duración y ocurren infrecuentemente (Li et al., 2000), para otro grupo los síntomas climatéricos y principalmente los vasomotores influyen negativamente en la calidad de vida. La experiencia de las mujeres climatéricas sintomáticas y la causa de severidad de los síntomas han sido poco estudiadas (Jokinen et al., 2003). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

Manifestaciones en la sexualidad

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida del ser humano, es el resultado de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que en

conjunto influyen en la función sexual de las mujeres (Bernhard, 2002; Gracia et al., 2004; Blümel et al., 2002). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La sexualidad se deteriora significativamente en las mujeres durante el climaterio (Blümel et al., 2002). Las alteraciones más frecuentes son la disminución del deseo sexual, trastornos de la excitación, dispareunia y la incapacidad de alcanzar el orgasmo (Bastías & Sanhueza, 2004; Gracia et al., 2004; Jokinen et al., 2003; La Valleur, 2002; Li et al., 2000). Se estima que más de la mitad de las mujeres presenta disfunciones sexuales, lo que aumentaría con la edad (Castelo-Branco et al., 2003). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La disminución de estrógenos produce una disminución de la lubricación vaginal, alteraciones en la dinámica del piso pélvico, cambios en la contextura corporal y alteraciones del ánimo, lo cual se puede traducir en una disminución de la autoestima y del deseo sexual (Blümel et al., 2002; Castelo-Branco et al., 2003). Por otro lado, coincidentemente con la disminución de la libido, se observa una declinación de los andrógenos circulantes en la edad reproductiva tardía, siendo las mujeres que presentan variaciones en los niveles de testosterona las que más reportan disminución de la libido (Gracia et al., 2004; La Valleur, 2002). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La libido es compleja de evaluar, ya que depende del estado psicológico de la mujer, las expectativas de sus encuentros sexuales y de la relación con su pareja, entre otros factores. Según algunos autores, la disminución de la libido es el problema más común en las mujeres climatéricas (Jokinen et al., 2003). Se ha observado que factores predictores de disminución de la libido son la sequedad vaginal y tener niños menores de 18 años viviendo en casa, lo que confirma que la noción de sexualidad femenina está altamente ligada a factores psicosociales (Gracia et al., 2004). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

La actividad sexual disminuye con la edad (Blümel et al., 2002; Castelo-Branco et al., 2003), se describe que las mujeres de mayor edad evitan tener relaciones sexuales (Li et al., 2000) y el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuye a la mitad entre los 40 y 60 años. Este fenómeno puede explicarse por las disfunciones sexuales en la mujer, impotencia de la pareja, abstinencia por enfermedad de uno o ambos, entre otros factores (Blümel, Castelo-Branco, Cancelo, Romero, Aprikian, & Sarrá, 2004). (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

Los cambios durante el periodo climatérico antes mencionadas son los motivos de consulta más frecuentes de las mujeres y, en su gran mayoría, obedecen a cambios fisiológicos propios de esta etapa. La enfermera y enfermera-matrona deben conocer estos cambios, de manera tal que la intervención educativa planificada sea atinente a las distintas necesidades educativas que las mujeres requieren durante esta etapa, para contribuir a fortalecer sus herramientas de autocuidado. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

Principales problemas del climaterio

Según (Castro Lora, 2012), se presentan varios trastornos y síntomas generales se enfrenta la mujer climatérica, los cuales surgen de manera inmediata a la menopausia o antes de que la regla haya desaparecido por completo, debido a un descenso relativo en los valores de estrógenos.

Los sofocos no todas las mujeres los padecen, pero sí es uno de los síntomas más habituales, y a criterio de especialistas, generalmente son bien tolerados, aunque en ocasiones constituyen un verdadero tormento y de hecho es el síntoma que genera más consultas; su mayor intensidad es durante el primer año, desapareciendo poco a poco, de forma espontánea. (Castro Lora, 2012)

El problema sanitario más importante es la osteoporosis, del cual es característico las rupturas de cadera debido a las caídas y a una pérdida de la **masa ósea**; en

tanto los síntomas metabólicos se definen como los más frecuentes, pues, según la mayoría de las estadísticas, un 60 por ciento de las mujeres ganan un promedio de 10 kilogramos (Kg) al entrar en la menopausia, solo el ocho por ciento adelgaza y un 32 por ciento permanecemás o menos igual. (Castro Lora, 2012)

Respecto a los cambios psíquicos, la depresión es la más común, aunque también ocurren trastornos de la afectividad, al disminuir su afecto por la pareja, y se manifiesta también en la esfera sexual, siendo en muchas ocasiones la causa de luchas matrimoniales, separaciones y divorcios. (Castro Lora, 2012)

Los síntomas principales de trastornos de la emotividad son el nerviosismo, la impaciencia, la irritabilidad, la facilidad para pasar de la risa al llanto, y los frecuentes estados de tristeza. (Castro Lora, 2012)

Escala de Puntuación Menopáusica (MRS)

“MENOPAUSE RATING SCALE” (MRS)

Para (Ulloque Caamaño, Carriazo Julio, Monterrosa Castro, & Paternina Caicedo, 2013), esta escala fue desarrollada a comienzos de los años noventa y ha sido validada en diversas lenguas (7, 8). Está compuesta por 11 preguntas que se califican así: 0 (ausente), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (severo) y 4 (muy severo), y se agrupan en tres dominios: somático-vegetativa, psicológico y urogenitales. La somático-vegetativa incluye la presencia y severidad de oleadas de calor (sofocos, bochornos y episodios de sudoración), molestias cardíacas (taquicardia, bradicardia, consciencia no habitual de los latidos cardíacos), alteración del sueño (dificultad a la hora de dormirse, despertarse con facilidad, despertarse pronto) y dolencias músculo-ligamentarias (dolores en las articulaciones). (Ulloque Caamaño, Carriazo Julio, Monterrosa Castro, & Paternina Caicedo, 2013)

El dominio psicológico evalúa presencia y severidad de estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, triste, a punto de llorar, falta de ímpetu, cambios en el estado de ánimo), irritabilidad (sentirse nerviosa, sentirse agresiva), ansiedad

(inquietud interna, sensación de pánico) y cansancio físico-mental (menor rendimiento, problemas de memoria, menor concentración y mala memoria). (Ulloque Caamaño, Carriazo Julio, Monterrosa Castro, & Paternina Caicedo, 2013)

El urogenital define presencia y severidad de problemas sexuales (alteración de la libido, de la actividad y la satisfacción sexual), problemas de vejiga (dificultad a la hora de orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia vesical) y sequedad vaginal (sensación de sequedad o escozor en la vagina, dificultad a la hora de realizar el coito). (Ulloque Caamaño, Carriazo Julio, Monterrosa Castro, & Paternina Caicedo, 2013)

El instrumento utilizado fue la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS), cuestionario compuesto por once síntomas y dividida en tres dominios: 1. Somático: incluye bochornos, sudoración excesiva, molestias cardiacas, trastornos del sueño, molestias musculares y de las articulaciones (ítems 1-3 y 11, respectivamente); 2. Psicológico: estado depresivo, irritabilidad, ansiedad, cansancio físico y mental (ítems 4-7, respectivamente); 3-Urogenital: problemas sexuales, de vejiga y sequedad vaginal (ítems 8-10, respectivamente). Para cada ítem la mujer otorgó un grado de 0 a 4 (0 =ausente; 1 =leve; 2 =moderado; 3 =severo; 4 =muy severo). Para una persona en particular, el puntaje de un dominio corresponde a la sumatoria de los valores obtenidos de cada ítem de esa subescala. El puntaje MRS total será la suma de los puntajes obtenidos de cada dominio (Del Prado, y otros, 2008)

Objetivos

La escala fue diseñada

- Para medir la calidad relacionada con la salud de la vida (QoL) o la gravedad de las denuncias de las mujeres que envejecen
- Para medir los cambios en el tiempo y entre diferentes culturas (escala MRS disponible en 25 idiomas.

- Para medir los cambios antes / después del tratamiento de la terapia de reemplazo hormonal
- Para medir de manera estandarizada. (Heinemann LAJ, 2008)

El desarrollo siguió las directrices internacionales para escalas de calidad de vida

El MRS original se utiliza desde 1992 y se ha desarrollado para dar a un médico la posibilidad de documentar los síntomas climatéricos y sus cambios durante el tratamiento.

Una evaluación metódica crítico por uno de los participantes en el desarrollo de esta nueva escala mostró deficiencias metodológicas que teóricamente, así como prácticamente limitado el uso de la escala.

El resultado fueron las siguientes sugerencias:

- Verificación de la escala en una muestra representativa de las mujeres en esa etapa de la vida,
- Elaboración de un cuestionario que puede ser llenado por la paciente.
- Modificación de la escala, para una fácil comprensión.
- Análisis psicométrico de los datos recogidos.

En 1996 (enero, febrero), un cuestionario fue contestado por una muestra aleatoria representativa de 689 mujeres alemanas de 40 a 60 años con el fin de evaluar la recién creada Menopausia Rating Scale (MRS).

Sobre la base de esta investigación, se elaboró la versión revisada y final del MRS; esta revisión concierne principalmente el diseño y algunos ajustes en cuanto al número de artículos, y los aspectos prácticos de un cuestionario autoadministrado.

El MRS se estandarizó formalmente de acuerdo a las normas psicométricas. Se compone de una lista de 11 síntomas que deben ser contestadas: El demandado tiene la opción entre 5 categorías: Ningún síntoma, leve, moderado, marcado y grave

En la estandarización de este instrumento, se identificaron tres dimensiones independientes que explica el 58,8% de la varianza total (análisis factorial): psicológica, somato-vegetativa, y urogenital sub escala Cada uno de los once síntomas que figuran en la escala puede obtener 0 (sin síntomas) o hasta 4 puntos de puntuación (síntoma grave) en función de la gravedad de las quejas percibidas por las mujeres que completaron la escala (una caja apropiada es estar marcada). La puntuación total de la MRS oscila entre 0 (asintomático) y 44 (el más alto grado de quejas). Las puntuaciones mínimas / máximas varían entre las tres dimensiones en función del número de quejas destinados a la vertiente respectiva de los síntomas: - sychological subescala - dominio somato-vegetativa - dominio urogenital.

El reconocimiento cada vez mayor entre los clínicos y los investigadores de la función de los datos informados por los pacientes como medida de resultado (PRO) encontró su camino en los requisitos emitidos por la Autoridad de Drogas de la FDA (EE.UU.) como la forma de desarrollar y evaluar las escalas pertinentes (2006).

Aunque la escala MRS fue desarrollado hace mucho tiempo, casi todos los requisitos se pueden cumplir con los datos / información recogida / publicado en los últimos años.

Validez del MRS como medida de resultado

¿Cómo es la calidad de la escala de puntuación menopáusica MRS para medir con fiabilidad los efectos del tratamiento en la CVRS - incluso si los síntomas no son tan impresionantes? ¿Puede el resultado de la escala de la sentencia dictada por el éxito del tratamiento médico en relación con el tratamiento de predecir? Con este fin, muchos médicos utilizan el término "validez" y significan alta utilidad para el

trabajo clínico o de investigación. En la medida en que es importante para abordar esta cuestión.

Recientemente, se analizaron los datos de 9.300 mujeres con datos de tratamiento pre y post de la escala MRS. Los datos provienen de un estudio post-comercialización abierto en Alemania con un producto para la terapia de reemplazo hormonal y la escala MRS se utilizó como medida de resultado (antes de 6 meses después de un tratamiento hormonal). Esta fue la base para evaluar críticamente si la escala es lo suficientemente sensible para medir el efecto del tratamiento con la hormona independiente de la gravedad de las denuncias. La mejoría de los síntomas durante el tratamiento fue equivalente al 36% de la puntuación inicial, y similar para las tres subescalas. Una mejora de quejas / calidad de vida se observó en un creciente grado de severidad de los síntomas. Se observó una mejora de las quejas de la menopausia durante / después del tratamiento. El cambio con respecto a la puntuación inicial fue del 36% en promedio, los pacientes con poca / ninguna queja antes de terapia mejorada en un 11%, aquellos con quejas leves en la entrada en un 32%, con moderada en un 44%, y con síntomas graves en un 55% - en comparación con la puntuación basal. La escala es lo suficientemente sensible para detectar los efectos de tratamiento positivos incluso en mujeres con pequeñas quejas. Aunque en un grado menor. Esto puede ilustrarse también con un enfoque diferente - la comparación con valores de norma para la población, El porcentaje de mujeres que no presentan síntomas poco / es mucho mayor que aquellos con severa se queja en la población normal. Las mujeres que pueden beneficiarse de la terapia representan una proporción mucho menor de las quejas pequeñas o leves y una proporción mucho mayor de moderada o severa quejas en comparación con la población normal. Después de 6 meses de tratamiento hormonal, sin embargo, la distribución de frecuencias de los pacientes con un determinado grado de gravedad de las quejas regresó hacia una distribución similar a la observada en la población general. La proporción extrema de los pacientes con no poca quejas / después de la terapia debe ser interpretado con reserva, debido a una posible selección de pacientes que pueden haber dado lugar a una sobreestimación del efecto del tratamiento. Tal comparación visual (como en el cuadro 1) se debe utilizar sólo para tener una

idea, para la interpretación de los resultados ya que los pacientes son por lo general diferente de la población en general, una diferencia difícil de ajustar. Eso significa que la escala MRS mostró una convincente capacidad de medir los efectos del tratamiento sobre la calidad de vida a través de la gama completa de la gravedad de las quejas de la menopausia. La escala MRS también predice lo subjetivo, la impresión clínica / opinión del médico tratante. La eficiencia evaluado individualmente con el tratamiento hormonal en mujeres, utilizado por los ginecólogos, el tratamiento fue comparable con la evaluación de la escala MRS, es decir, el tratamiento "tiene éxito" y "no tiene éxito", tanto para la opinión subjetiva del médico y el resultado de la escala MRS: La sensibilidad (correcta predicción de una evaluación positiva por parte del médico) fue 70,8% y la especificidad (correcta predicción de una evaluación negativa por parte del médico) 73,5%. En otras palabras, la escala MRS encaja bien con la evaluación subjetiva del tratamiento por el médico. Ambos, la sensibilidad y especificidad sin embargo podrían ser estimada más, porque es difícil de estimar en qué medida según el "juicio clínico" y la evaluación de la Escala MRS fuera realmente independiente.

La revisión presentada en el 2005 en el Congreso de la Sociedad Internacional de Pharamacoepidemiology (Nashville, EE.UU.) ofrece algunos aspectos adicionales.

Un nuevo estudio basado en 3.282 mujeres con hormona de pre y post - tratamiento de los datos se publicó de 2006. La aplicación de la escala MRS difería en comparación con el estudio anterior la auto-administrados frente a la entrevista por el médico. La mejora relacionado con la terapia hormonal de las quejas relativas a la puntuación basal fue de alrededor o inferior al 30% en las puntuaciones totales o de dominio, mientras que supera el 30% de mejora en el antiguo estudio. Del mismo modo, la mejora relativa después de la terapia, estratificada por el grado de gravedad al inicio del estudio, fue menor en el nuevo que en el antiguo estudio, pero tenía la misma pendiente. Aunque no se puede excluir diferentes efectos de tratamiento con el método de estudio utilizado, esto apoya nuestra hipótesis de que las entrevistas MRS individuales realizadas por el

médico obviamente sesgado los resultados hacia la sobreestimación de los efectos del tratamiento. Esta hipótesis fue subrayada por el grado de concordancia de la evaluación del médico y la percepción de éxito del tratamiento del paciente (resultados MRS): Sensibilidad (correcta predicción de la evaluación positiva por parte del médico tratante) de el MRS y especificidad (correcta predicción de una evaluación negativa por el médico) fueron inferiores a los resultados obtenidos con la escala MRS basado en entrevistas en la publicación anterior. Aunque el nuevo estudio confirmó evidencia de la capacidad de la escala MRS para medir los efectos del tratamiento en la calidad de vida a través de la gama completa de la gravedad de las denuncias antes del tratamiento, los autores concluyeron que la escala MRS debe ser utilizado como instrumento de auto-administrada en los ensayos clínicos para evitar la sobreestimación de los efectos del tratamiento. (Heinemann LAJ, 2008)

2.5. HIPÓTESIS.

Los factores sociodemográficos afectan a la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al Subcentro de salud de Huachi Chico, cantón Ambato, según la valoración de la Escala MRS.

2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

2.6.1 Variable Independiente: Factores sociodemográficos

2.6.2 Variable dependiente: Calidad de vida según la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en mujeres climatéricas

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de investigación es cualitativo cuantitativo, porque permitió identificar los factores sociodemográficos que influyen en la calidad de vida de mujeres climatéricas mediante un análisis integral de sus necesidades, y los principales síntomas que puede presentar, además se estableció el problema mediante un estudio estadístico con los datos de la Escala MRS con una base de calificación dual cuantitativa y cualitativa para conocer cómo se siente en la actualidad y las molestias que han tenido durante esta fase.

Cualitativo: Este estudio permitió analizar la situación de salud de las mujeres de 40 a 59 años que acudieron al Subcentro, además de definir qué problemas han tenido con respecto al climaterio, el objetivo es caracterizar los conocimientos, actitudes y sentimientos que tienen en esta etapa de vida.

Cuantitativo: Es una base para la cuantificación de los resultados del estudio, se evaluó la afectación del climaterio en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 59 años, para establecer frecuencias y porcentajes, que ayudaron a diagnosticar la sintomatología que tienen, basados en las tres subescalas de la Escala de Puntuación Menopáusica MRS, para posteriormente la cuantificación de puntajes obtenidos y determinación de la realidad.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación de campo: Se realizó en el Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, con la participación activa en todo el proceso de recolección de datos con la utilización de la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en las mujeres de 40 a 59 años, se consideró un estudio de recolección directa aplicado a las involucradas.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se presentó en un Diseño transversal de periodos ya que permitió un estudio estadístico y demográfico de la población o muestra de manera clara, identificando sus principales características socioeconómicas, psicológicas y emocionales, además para conocer las actitudes, comportamiento, conocimientos con respecto a su calidad de vida en el climaterio, para un análisis de la situación actual de las mujeres de 40 a 59 años, de sus síntomas más frecuentes y molestias en esta etapa de su vida.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población.

En el presente estudio se incluyeron 221 mujeres de 40 a 59 años que acudieron a consulta externa del Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, luego de verificar que cumplan con los criterios de inclusión, la muestra con la que se trabajó fue de 129 mujeres.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio

- Todas las mujeres de entre 40 y 59 años que acudieron a consulta externa del Subcentro de Salud de Huachi Chico.
- Que tengan diagnóstico de Pre menopausia, Peri menopausia y Posmenopausia
- Que presenten sobrepeso y obesidad
- Que presenten bajo peso
- Que estén dispuestas a colaborar

Criterios de exclusión.

Se excluirán del estudio aquellas pacientes que:

- Estaban recibiendo algún tipo de anticonceptivo hormonal
- Estaban recibiendo terapia hormonal de reemplazo (THR), Ooforectomizadas, pacientes con deterioro cognitivo.
- Que presenten peso normal
- Que no estén dispuestas a colaborar con la investigación.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

En esta primera etapa se solicitó la aprobación del Director del Subcentro de Salud de Huachi Chico y se obtuvo la cooperación de los médicos que trabajaban en consulta externa donde se realizó esta investigación, a los cuales se les explicó los objetivos de la misma y los beneficios esperados tanto para la población femenina de 40 a 59 años como para la toma de decisión en la atención sanitaria de las mismas.

Se obtuvo el CONSENTIMIENTO INFORMADO de las participantes de la presente investigación, previa explicación de los objetivos y los beneficios esperados. Se garantizó la confidencialidad de la información que brindaron y sólo fueron utilizados con fines investigativos, no se permitió por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este trabajo.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Factores Sociodemográficos

Cuadro N° 1 Variable Independiente

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumento
Los indicadores sociodemográficos son el reflejo de las características demográficas y sociales de una población. Entre ellos se encuentran la caracterización de la población según edad y sexo, etnia, tasa de natalidad y de fertilidad, porcentaje de la población urbana, esperanza de vida. Social, nivel de educación, nivel de vida, hábitos de las personas, estas medidas resumen parte de la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud - enfermedad.	Características gineco-Obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • FUM 	¿Cuál es su edad? ¿Considera que en la actualidad ha logrado un adecuado bienestar físico? ¿Considera que en la actualidad ha logrado un adecuado bienestar social? ¿Considera que en la actualidad ha logrado un adecuado bienestar emocional? ¿Cuál es su nivel de educación? ¿Cuál es su estado civil?? ¿Tiene buenos ingresos en su hogar?	Encuesta	Ficha de observación
	Características socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Etnia • Nivel De educación • Nivel de vida 		Historia clínica	Cuestionario
	Características estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio Físico • IMC • Fuma • Alcohol 			

Elaborado por: Lilian Escobar

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el análisis del problema se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

3.7.1. TÉCNICAS:

Encuesta: Permitió la recolección de datos, se realizaron preguntas para identificar las pacientes con un enfoque sociodemográfico, con preguntas cerradas, de varias opciones que ayudaron a determinar la problemática.

Escala de Puntuación Menopáusica (MRS): Mide la calidad de vida de la mujer en el climaterio basado en 11 ítems que enfocan las sub escalas, somática, psicológica y urogenital

3.7.2. INSTRUMENTO

Se utilizó:

- Cuestionario
- Escala de Puntuación Menopáusica (MRS)

3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se siguió el siguiente proceso:

- Se realizó la toma de información a las mujeres que acudieron a consulta externa del Subcentro de Salud de Huachi Chico.

- Realización de entrevista con la Escala de Puntuación Menopáusica MRS y encuesta a base del diseño del cuestionario con preguntas cerradas para el entendimiento de las pacientes.
- Revisión crítica de la Escala de Puntuación Menopáusica MRS a base a las 11 ítems básicos y sub escalas.
- Datos recogidos seleccionados y registrados en el programa SPSS IBM
- Diseño de tablas y gráficos con frecuencias
- Determinación del nivel de calidad de vida con la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS)
- Análisis de resultados e interpretación en base a los resultados y las sugerencias que se definen en el área estadística.
- Comprobación de la Hipótesis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA

El número de Pacientes que colaboraron en la encuesta, y que estuvieron dentro de los criterios de exclusión e inclusión fueron 221 mujeres que asisten al Subcentro de Salud de Huachi Chico.

1.- Estado Menopáusico

Se divide a las mujeres de 40 a 59 años en tres grupos, tomando en cuenta el Estado Menopausia, en Premenopausia, Perimenopausia, y Posmenopausia.

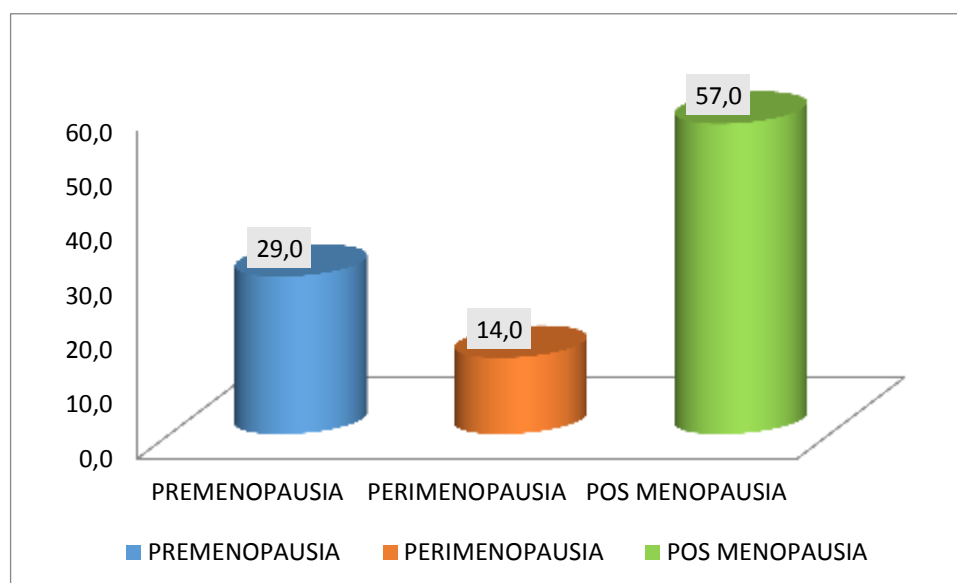
Tabla N° 1 Tipo de Menopausia

TIPO	DE	
MENOPAUSIA	F	%
PREMENOPAUSIA	64	29,0
PERIMENOPAUSIA	31	14,0
POS MENOPAUSIA	126	57,0
TOTAL	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Gráfico N° 7 Tipos de Menopausia



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

El diagnóstico del tipo de menopausia en las 221 encuestadas presentan las siguientes características 64 pacientes presentan un diagnóstico de Premenopausia lo que significa el 29% de la muestra, con diagnóstico de Perimenopausia se encuentran 31 encuestadas, lo que representa el 14% y finalmente con un diagnóstico de Posmenopausia existen 126 mujeres es decir un 57%, es decir que al Subcentro de Salud de Huachi Chico en el periodo Octubre 2014- Enero 2015 acudieron más pacientes que cursan la Posmenopausia.

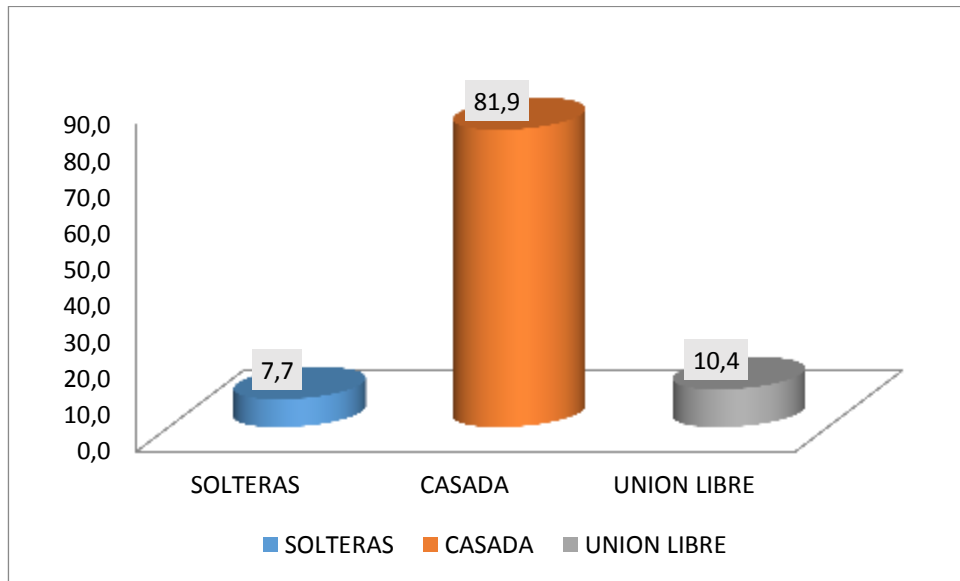
2.- Estado civil

Tabla N° 2 Estado Civil

ESTADO CIVIL	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		Total	
	f	%	f	%	F	%	F	%
SOLTERAS	15	23,4	2	6,5	0	0,0	17	7,7
CASADA	42	65,6	20	64,5	119	94,4	181	81,9
UNION LIBRE	7	10,9	9	29,0	7	5,6	23	10,4
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Gráfico N° 8 Estado Civil



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

En el caso del estado civil de las 221 encuestadas, 17 son solteras es decir el 7.7%, en el caso de las casadas existen 181 lo que representa el 81.9% de la muestra y finalmente en unión libre se refleja 23 mujeres lo que significa el 10.4%, es decir que la mayor incidencia se da en mujeres casadas.

Zarate y MacGregor, así como otros estudios realizados en EE.UU, plantean que la edad promedio de la menopausia es menor en las mujeres solteras. Es decir que en la presente investigación, sumando los porcentajes de las mujeres casadas con las mujeres en unión libre nos da un 92.3%, que quiere decir que la edad promedio de la menopausia va hacer mayor con relación a las mujeres solteras. (Araya Gutiérrez, Urrutia Soto, & Cabieses Valdes, 2006)

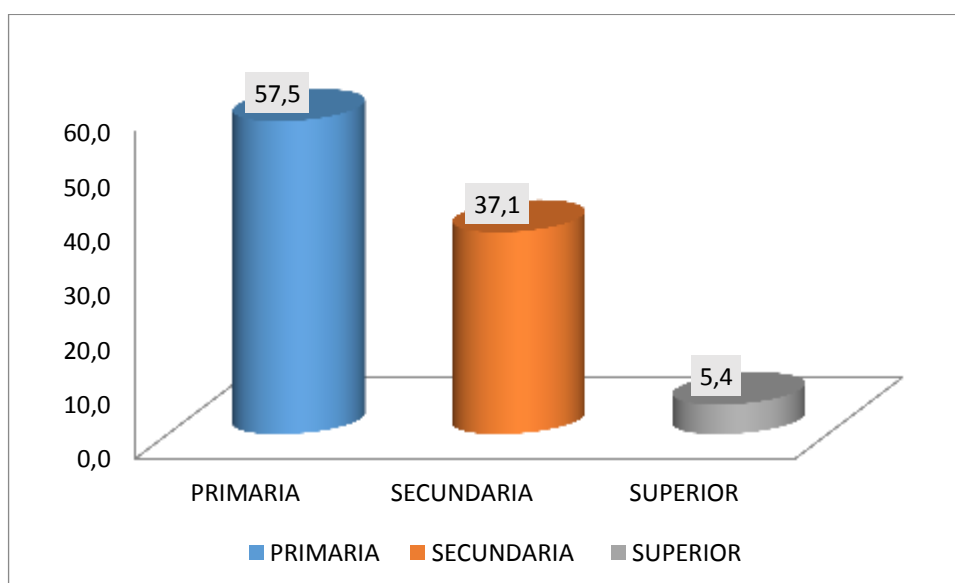
3.- Nivel de Estudio

Tabla N° 3 Nivel de Estudio

NIVEL DE ESTUDIO	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	f	%	F	%	f	%	F	%
PRIMARIA	7	10,9	19	61,3	101	80,2	127	57,5
SECUNDARIA	50	78,1	9	29,0	23	18,3	82	37,1
SUPERIOR	7	10,9	3	9,7	2	1,6	12	5,4
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Gráfico N° 9 Nivel de Estudio



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Del total de mujeres encuestadas 221, el 57.5% tiene estudios primarios es decir que 127 mujeres no han continuado sus estudios desde la primaria, 82 mujeres poseen estudios secundarios lo que representa el 37.1% del total de la muestra y finalmente 12 mujeres tienen un nivel de educación Superior lo que representa que solo el 5.4% de la muestra ha pasado o se ha graduado en la universidad.

Hay diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 61,75$ ($p = 0,000$), en el nivel de educación de las mujeres pre/peri menopáusicas con relación de las

mujeres posmenopáusicas ya que este grupo tiene menos probabilidad de haber terminado sus estudios.

Chedraui Peter, en Ecuador observa que el bajo nivel de escolaridad es un factor importante de riesgo de tener mala calidad de vida en el período climatérico. (Chedraui P, 2007)

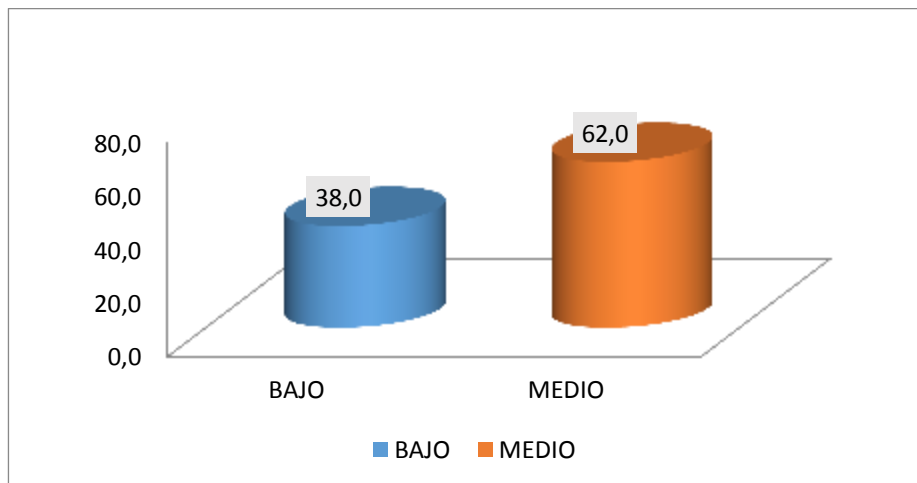
4.- Nivel Económico

Tabla N° 4 Nivel Económico

NIVEL ECONÓMICO	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	F	%	F	%	f	%
BAJO	17	26,6	9	29,0	58	46,0	84	38,0
MEDIO	47	73,4	22	71,0	68	54,0	137	62,0
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Gráfico N° 10 Nivel Económico



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

De las 221 mujeres de la muestra 84 tienen un nivel económico bajo lo que representa el 38% y 137 indican que tienen un nivel Económico Medio es decir el 62%, lo que se interpreta que el nivel económico de mayor incidencia en las

mujeres de la muestra es de clase Medio, no existen mujeres en la muestra que posean un nivel económico alto.

La edad de la menopausia resulta un indicador del nivel socioeconómico: en países desarrollados como Suiza y Holanda la edad mediana de menopausia está por encima de los 50 años, mientras que en países subdesarrollados, incluida Cuba, está por debajo de esta edad, la media en nuestro país es de 48 años de edad. (Alba, 2011), Lo cual indica que tiene una relación con el presente estudio, con el 62% nivel medio y 38% nivel bajo, siendo un factor sociodemográfico que podría afectar en la calidad de vida de la mujer climatérica.

5.- Paridad

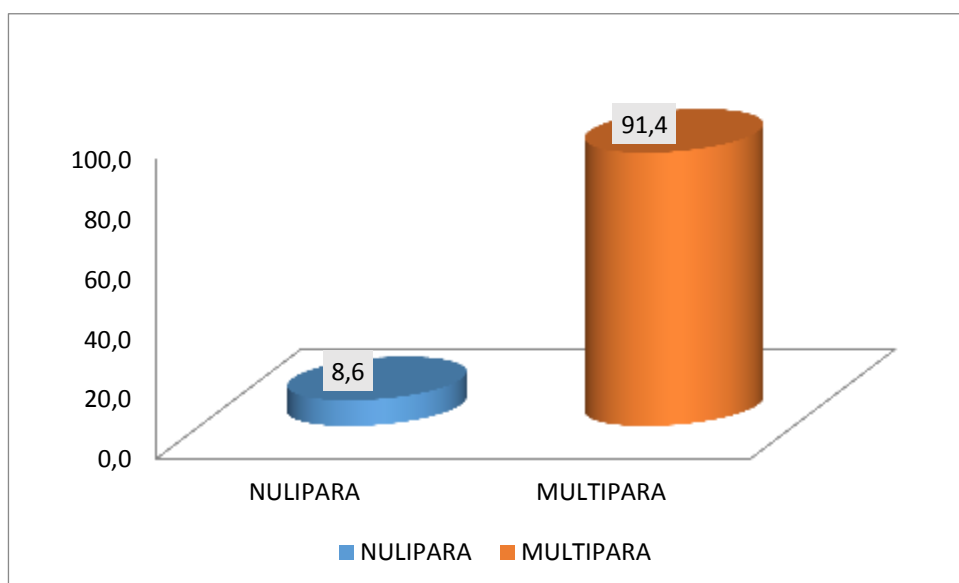
Tabla N° 5 Paridad

PARIDAD	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
NULIPARA	1	1,6	7	22,6	11	8,7	19	8,6
MULTIPARA	63	98,4	24	77,4	115	91,3	202	91,4
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Gráfico N° 11 Paridad



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

De las 221 mujeres a las que se les realizó la encuesta 19 fueron nulíparas es decir que solo han tenido un parto lo que significa el 8.6%, mientras tanto 202 mujeres fueron múltiparas es decir que han presentado más de un parto lo que representa el 91.4%, las mujeres múltiparas siendo el mayor porcentaje.

No es estadísticamente significativo $X^2 = 0,0066$ ($p = (0,093)$), tanto las mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas, y posmenopáusicas son múltiparas.

Se ha demostrado que la menopausia se presenta en etapas más tardías en la múltipara vs. Nulípara. (Ayala, 2010)

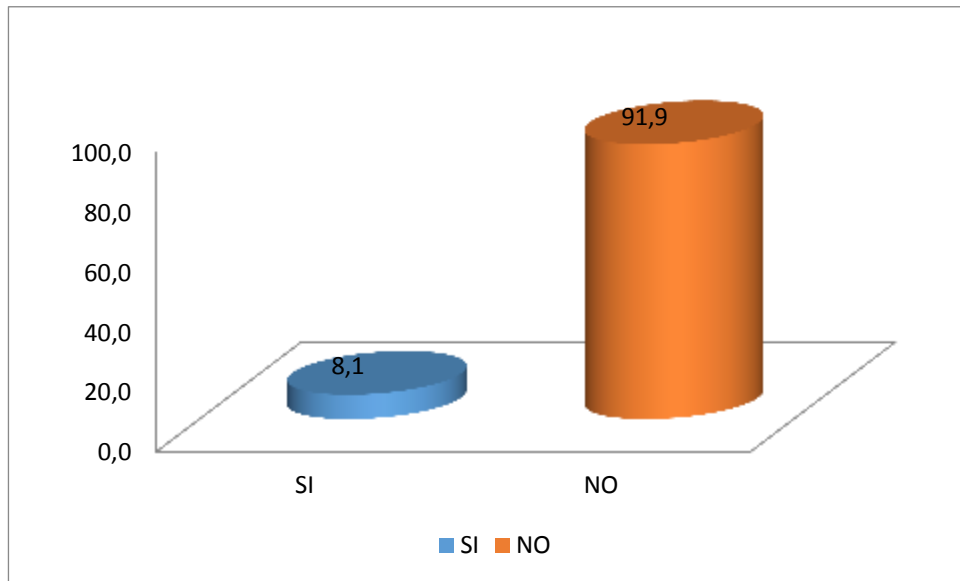
6.- Fuma

Tabla N° 6 Fuma

FUMA	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	F	%	f	%	f	%	f	%
SI	14	21,9	3	9,7	1	0,8	18	8,1
NO	50	78,1	28	90,3	125	99,2	203	91,9
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Gráfico N° 12 Hábito de Fumar



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Al contestar la pregunta usted tiene el hábito de fumar de las 221 mujeres encuestadas 18 contestaron que si lo que representa el 8.1% mientras tanto 203 contestaron que no tienen el hábito de fumar lo que significa el 91.9%, por lo que existe una mínima incidencia del hábito de fumar en las 221 mujeres.

Es estadísticamente significativo $X^2 = 21,17$ $p = (0,000004)$, entre las mujeres peri/pre menopáusicas vs las mujeres posmenopáusicas, siendo en el último grupo sola 1 mujer que ha fumado alguna vez.

Algunos estudios de reproducibilidad muestran que la menopausia ocurre 1-2 años más pronto en mujeres fumadoras que no fumadoras. (Hernández, 2007)

7.- Consumo de Alcohol

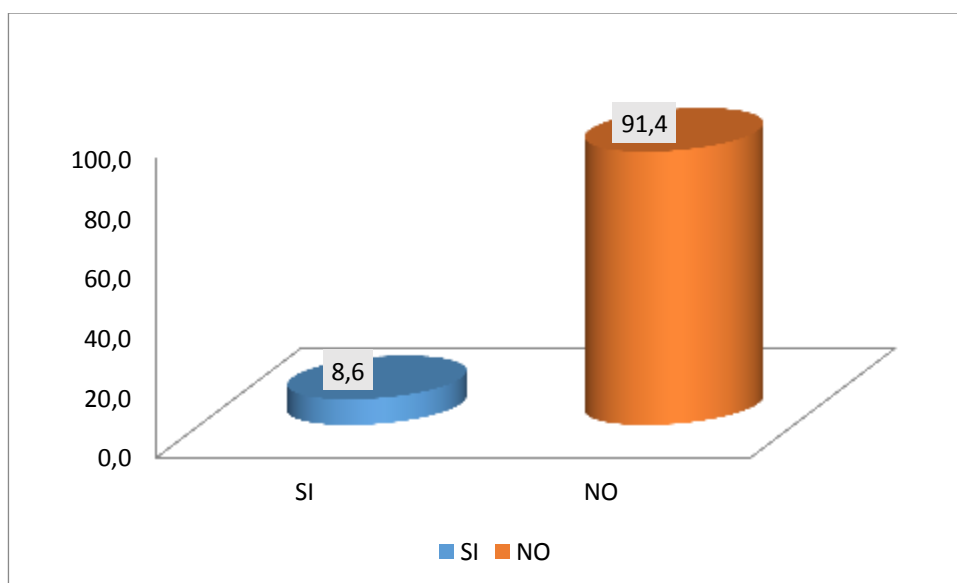
Tabla N° 7 Consumo de Alcohol

BEBE	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	f	%	f	%	F	%	F	%
SI	1	1,6	7	22,6	11	8,7	19	8,6
NO	63	98,4	24	77,4	115	91,3	202	91,4
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Gráfico N° 13 Consumo de Alcohol



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

En la investigación, se estableció que 19 mujeres consumen alcohol, lo que representa el 8.6%, 202 mujeres que representa el 91.4% no consumen alcohol, por lo cual este factor no va ser causante de mayor incidencia de síntomas característicos del climaterio en las mujeres.

No es estadísticamente significativo $X^2 = 0,0066$ ($p = 0,935$), las mujeres de los tres estados menopáusicos el 91% no consumen alcohol.

El alcohol aumenta uno de los trastornos más frecuentes, los sofocos nocturnos, igualmente puede afectar en la salud en general. (Ayala, 2010)

8.- A que etnia pertenece

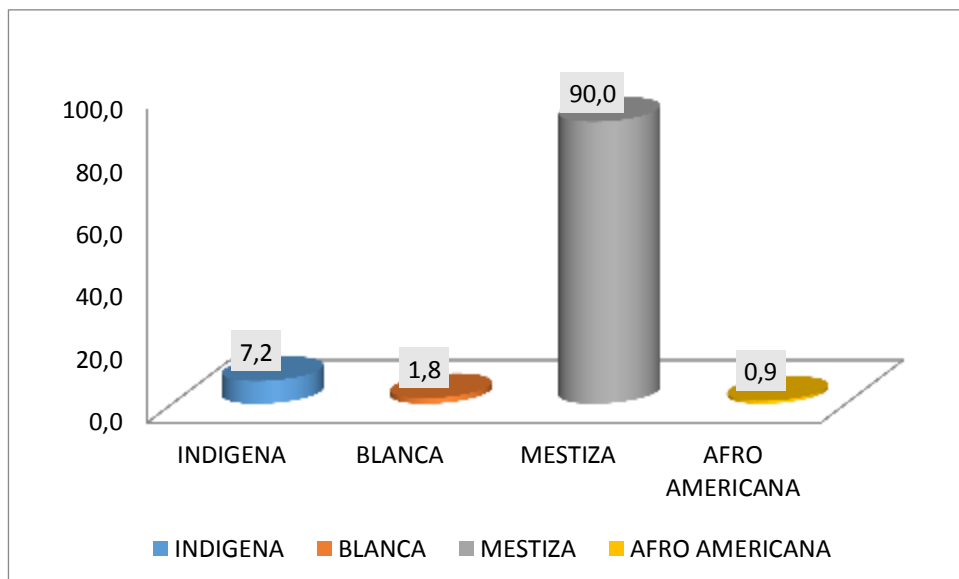
Tabla N° 8 Etnia

ETNIA	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	F	%	f	%	f	%	f	%
INDIGENA	5	7,8	3	9,7	8	6,3	16	7,2
BLANCA	1	1,6	1	3,2	2	1,6	4	1,8
MESTIZA	57	89,1	26	83,9	116	92,1	199	90,0
AFRO AMERICANA	1	1,6	1	3,2	0	0,0	2	0,9
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Gráfico N° 14 Etnia



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

De las 221 mujeres encuestadas 16 son indígenas lo que representa el 7.2%, 4 son blancas lo que significa el 1.8%, 199 son mestizas es decir el 90% y finalmente 2 son afro Americanas lo que representa el 0.9%, es decir que la mayoría de las encuestadas son mestizas.

A nivel de Latinoamérica, en 2008 Monterrosa, compararon una población colombiana afrodescendiente con una población mestiza. Los investigadores encontraron diferencias entre la presentación de los síntomas climatéricos evaluados a través de la escala MRS (Menopause Rate Scale) ajustado por edad, escolaridad y uso de terapia de reemplazo hormonal. Las afrodescendientes mostraron un MRS más alto a expensas de síntomas somáticos y psicológicos. Las molestias a nivel cardíaco y dolor en articulaciones fueron significativamente mayores entre las afroamericanas. Además, los síntomas psicológicos fueron frecuentes en los dos grupos y la frecuencia de síntomas vesicales fue mayor en las mestizas. En el 2009, Monterrosa, incluyeron una población de indígenas en la comparación entre etnias colombianas con la medición del puntaje de MRS en afrodescendientes, hispanas e indígenas, todas las mujeres en posmenopausia. Los resultados señalaron que las hispanas presentaron un menor porcentaje de puntaje severo en MRS cuando se compararon con las indígenas y las afrodescendientes (11,1% vs. 38,7% y 38,9%, respectivamente. Las afrodescendientes presentaron un mayor porcentaje de puntajes severos somáticos y psicológicos. Por su parte, las indígenas presentaron una mayor tasa de síntomas urogenitales que las hispanas y las afrodescendientes (92,2% vs. 12,4% y 15,3%).

Recientemente, Ojeda, publicó un estudio entre dos etnias indígenas (quechuas en Perú y zenúes, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 4 • 2010 en Colombia). Se evaluaron 573 mujeres en posmenopausia, 288 quechuas y 285 zenúes con la escala MRS, donde se encontró un mayor compromiso de calidad de vida entre las quechuas que entre las zenúes, y con mayor proporción de puntajes de MRS definidos como severos en las quechuas (84,0% vs. 21,4%,) a expensas de puntajes más severos en las escalas psicológica y somática. Ambas etnias mostraron altas tasas de puntajes severos en la subescala urogenital, 95,1%

quechuas y 92,3% zenúes, las altas tasas de síntomas urogenitales encontrados, apoyan la hipótesis de la asociación de los mayores síntomas de las hispanas con su origen indígena. (Ivette Marina Romero-Pérez, 2010)

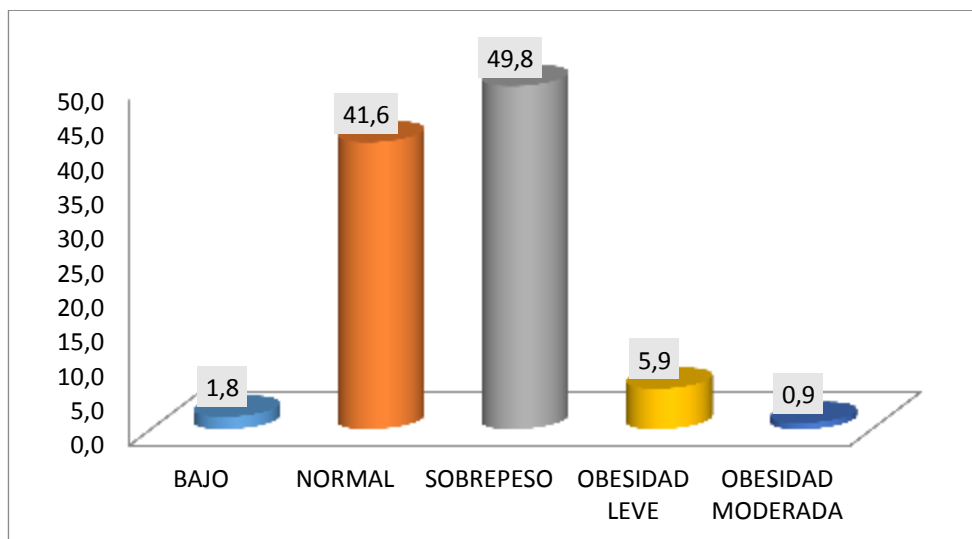
9.- Cual es su índice de masa corporal

Tabla N° 9 Índice de Masa Corporal

IMC	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
BAJO	2	3,1	1	3,2	1	0,8	4	1,8
NORMAL	49	76,6	16	51,6	27	21,4	92	41,6
SOBREPESO	5	7,8	11	35,5	94	74,6	110	49,8
OBESIDAD LEVE	7	10,9	2	6,5	4	3,2	13	5,9
OBESIDAD MODERADA	1	1,6	1	3,2	0	0,0	2	0,9
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

Gráfico N° 15 Índice de Masa Corporal



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Encuestas

De las 221 mujeres diagnosticadas con algún tipo de menopausia 4 presentan un índice de masa corporal bajo lo que representa el 1.8%, 92 poseen un IMC normal lo que representa el 41.6%, 110 están con sobre peso es decir el 49.8%, 13 tienen una obesidad leve lo que significa el 5.9% y finalmente 2 mujeres presenta una obesidad moderada lo que quiere decir el 0.9%, por lo que la mayor incidencia en este estudio es de las mujeres con sobrepeso.

Hay diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 48,63$ ($p = 0,00000$), en el estado nutricional de mujeres pre/peri menopáusicas vs mujeres posmenopáusicas este grupo está en tendencia de sobrepeso a obesidad.

Algunas causas no tienen relación directa con ella, sino más bien con la edad, y otras dependen claramente de la disminución de estrógenos endógenos. Frecuentemente las mujeres tienen sobre peso o son obesas durante los años de transición de la menopausia. Más del 65% de las mujeres entre los 45 y 55 años de edad y 70% de las mujeres entre los 55 y 75 años de edad tienen sobre peso. Basándonos en la clasificación de índice de masa corporal, 40% de estas mujeres son obesas. (Society).

Un análisis de la prevalencia de síntomas urogenitales, como sequedad vaginal, irritación o disuria, en mujeres postmenopáusicas, mostró que aparecen con mayor frecuencia en obesas. El único efecto beneficioso de la obesidad en el climaterio ocurre sobre la densidad mineral ósea. Los riesgos de osteoporosis y fracturas disminuyen según aumenta la masa corporal. Este efecto protector se debe probablemente a que las mujeres de mayor peso tienen mayor cantidad de estrógenos circulantes. (I, 2006)

10.- Realiza Ejercicio Físico

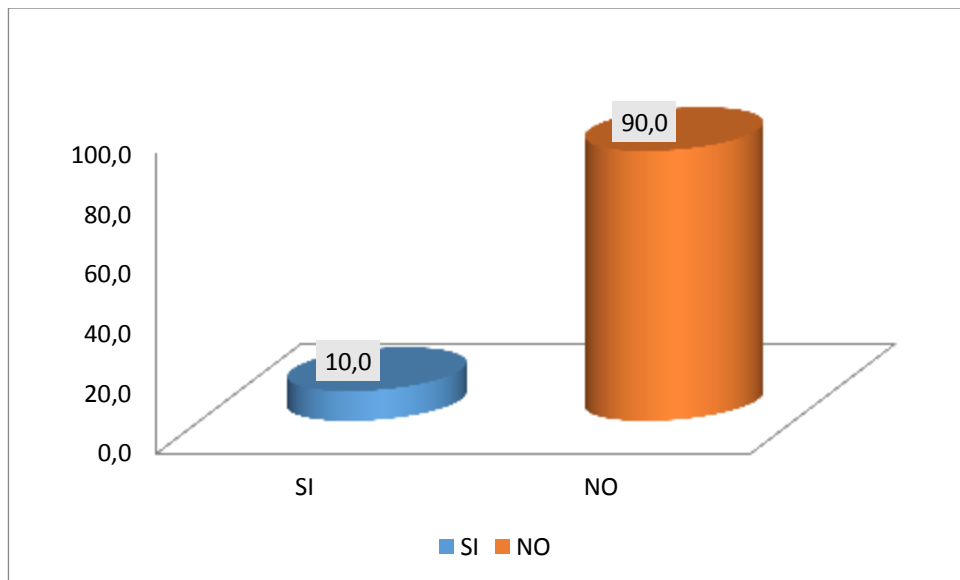
Tabla N° 10 Ejercicio Físico

EJERCICIO FÍSICO	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
SI	15	23,4	6	19,4	1	0,8	22	10,0
NO	49	76,6	25	80,6	125	99,2	199	90,0
TOTAL	64	100,0	31	100,0	126	100,0	221	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

Gráfico N° 16 Ejercicio Físico



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Encuestas

De las 221 mujeres diagnosticadas con menopausia 22 realizan ejercicio físico normalmente lo que representa el 10%, en cambio 199 no realizan ejercicio físico normalmente lo que significa el 90% por lo que las mujeres que no realizan ejercicio físico son las de mayor cantidad en este estudio. Se ha observado que el ejercicio disminuye la pérdida de masa ósea en la mujer menopáusica.

Hay diferencias estadísticamente significativas $X^2 = 27,44$ ($p = 0,00000016$), entre mujeres pre/peri menopáusicas vs mujeres posmenopáusicas este grupo solo 1 mujer realiza ejercicio físico, por ende concuerda con el estado nutricional, de tendencia de sobrepeso a obesidad en mujeres posmenopáusicas.

Según estudios han reportado que las mujeres atléticas de 55 a 75 años tenían valores de densidad ósea en radio y columna vertebral iguales a los de mujeres atléticas menores de 50 años y sin la disminución que ocurrió en las mujeres mayores de 50 años no atléticas. La mujer "atlética" realizaba ejercicios al menos tres veces por semana, ocho o más meses durante el año y durante un mínimo de tres años. Estudios similares sugieren la importancia del ejercicio físico para evitar la pérdida de masa ósea, recomendándose que éste se inicie años antes de la menopausia. (PACHECO, 2007)

Análisis de la valoración en la escala MRS

Al analizar y verificar los criterios de inclusión y exclusión la muestra se reduce a 129 mujeres debido a que se eliminan del estudio las pacientes que mantiene un peso normal y esto ayuda a que la sintomatología sea muy leve; tomando en cuenta esto las mujeres aptas para el estudio son 15 con premenopausia, 15 con peri menopausia y 99 con posmenopausia.

Efectos Somáticos Vegetativos

1.- Bochornos

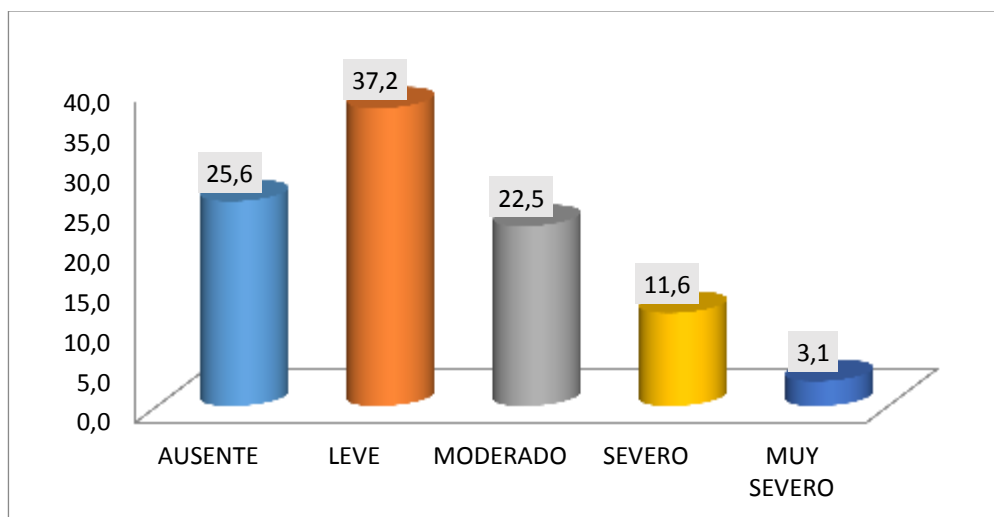
Tabla N° 11 Bochornos

BOCHORNOS	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
AUSENTE	13	86,7	12	80,0	8	8,1	33	25,6
LEVE	1	6,7	0	0,0	47	47,5	48	37,2
MODERADO	1	6,7	2	13,3	26	26,3	29	22,5
SEVERO	0	0,0	1	6,7	14	14,1	15	11,6
MUY SEVERO	0	0,0	0	0,0	4	4,0	4	3,1
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MR

Gráfico N° 17 Bochornos



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

De las 129 pacientes en las que se aplicó la escala de valoración MRS 33 tiene ausencia de bochornos lo que significa el 25.6%, 48 tienen la presencia de bochornos levemente es decir el 37.2%, 29 mujeres presentan moderados niveles de bochornos lo que representa el 22,5%, 15 pacientes presentan episodios de bochornos severos lo que significa el 11.6% y finalmente 4 mujeres presentan casos de bochornos muy severos lo que representa el 3.1% es decir que la incidencia de bochornos en las mujeres de este estudio es leve según la escala MRS.

Se agrupa los grados de intensidad del síntoma, (leve, moderado, severo, y muy severo) como SÍNTOMA PRESENTE y quedando así el grado de SÍNTOMA AUSENTE.

Es estadísticamente significativo $OR = 0,018$ con un $IC = (0,34 - 1,70)$, del total del grupo de mujeres encuestadas, la mayor parte de mujeres posmenopáusicas presentan bochornos de (leves a muy severos), mientras 30 mujeres pre/perimenopáusicas, 5 mujeres presentan y 25 no presentan bochornos. Significa que el estudio contradice a la literatura.

Los bochornos y ataques de sudoración nocturna están entre los primeros signos y síntomas de la menopausia. La mayoría de las mujeres esperan que los sofocos lleguen con la menopausia, más de la mitad de ellas podrían empezar a sentirlos antes de que concluya la etapa fértil de su vida, de acuerdo a una encuesta en la que participaron alrededor de 9,000 mujeres de entre 45 y 56 años de edad.

Un estudio en Estados Unidos, el 85% de las mujeres experimentan bochornos de algún tipo, a medida que se acercan a la menopausia y durante el primero o los dos primeros años posteriores a la interrupción de los períodos. Entre el 20 y el 50 % de las mujeres continúan teniéndolos durante muchos años más. A medida que pasa el tiempo, la intensidad disminuye. (Breastcancer.org, 2014)

En un estudio transversal participaron 325 mujeres postmenopáusicas (> 1 año de amenorrea), los síntomas encontrados con mayor frecuencia fueron las oleadas de calor (53,3%). (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

2.- Palpitaciones

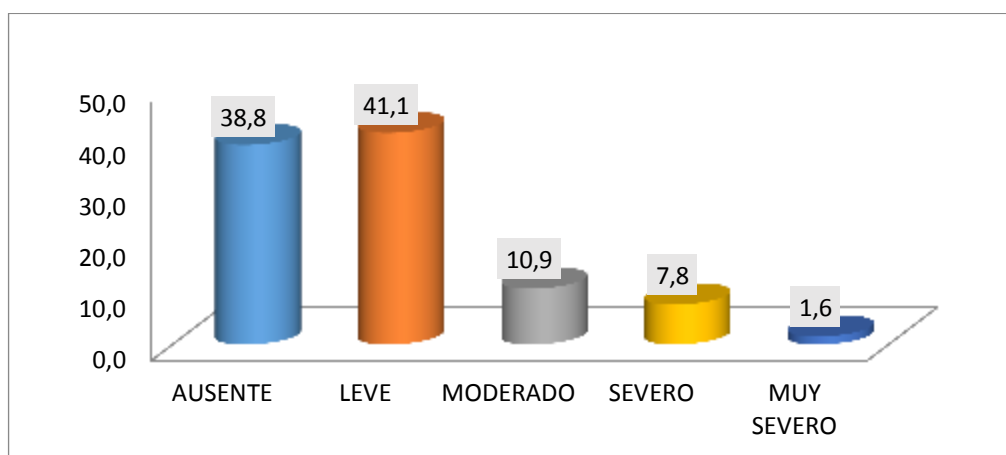
Tabla N° 12 Palpitaciones

PALPITACIONES	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSTMENOPAUSIA		TOTAL	
	F	%	f	%	F	%	f	%
AUSENTE	6	40,0	7	46,7	37	37,4	50	38,8
LEVE	4	26,7	6	40,0	43	43,4	53	41,1
MODERADO	3	20,0	0	0,0	11	11,1	14	10,9
SEVERO	2	13,3	1	6,7	7	7,1	10	7,8
MUY SEVERO	0	0,0	1	6,7	1	1,0	2	1,6
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 18 Palpitaciones



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

En este caso de las 129 mujeres objeto de análisis 50 no presentan palpitaciones lo que representa el 38.8%, 53 presentan palpitaciones leves lo que significa el 41.1%, 14 sufren palpitaciones moderadas es decir el 10.9%, 10 sufren casos severos de palpitaciones lo que representa el 7.8% y finalmente 2 mujeres tienen el síntoma muy severos de palpitaciones lo que representa el 1.6%.

No es estadísticamente significativo $OR = 0,78$ ($IC = 0,34 - 1,79$), la prevalencia de palpitaciones fue menor en las mujeres pre/peri menopáusicas, sin embargo no hay tanta diferencia comparando con mujeres posmenopáusicas.

Las palpitations son consecuencias de un desequilibrio hormonal causado en el climaterio, común en premenopausia, (Ayala, 2010).

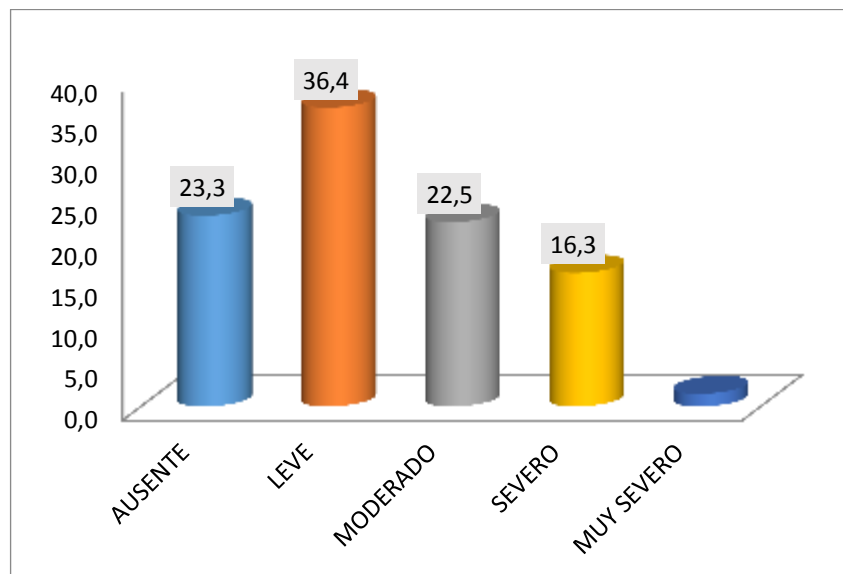
3.- Trastornos del sueño

Tabla N° 13 Trastornos del Sueño

TRANSTORNO DEL SUEÑO	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
AUSENTE	3	20,0	5	33,3	22	22,2	30	23,3
LEVE	3	20,0	5	33,3	39	39,4	47	36,4
MODERADO	4	26,7	2	13,3	23	23,2	29	22,5
SEVERO	5	33,3	3	20,0	13	13,1	21	16,3
MUY SEVERO	0	0,0	0	0,0	2	2,0	2	1,6
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 19 Trastornos del sueño



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

De las 129 mujeres 30 no presentan trastornos de sueño lo que representa el 23.3%, 47 presentan trastornos leves del sueño es decir el 36.4%, 29 tienen trastornos del sueño moderados lo que significa el 22.5%, 21 poseen trastornos de sueño severos es decir el 16.3% y por ultimo 2 pacientes presentan trastornos de sueño muy severos lo que representa el 1.6%.

No es estadísticamente significativo OR = 0,78 (IC = 0,31 – 2,01), las mujeres tanto pre/peri/pos menopáusicas tienen trastornos del sueño.

Peter Chedraui en un Estudio Transversal en mujeres sanas de 40 o más años de edad, con útero intacto y los ovarios, que trabaja en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, Ecuador, se les aplicó la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) Durante el período de estudio, se encuestó a 300 sujetos, con trastornos del sueño el (45,6%) de las encuestadas. Las mujeres peri y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas. (Chedraui P, 2007)

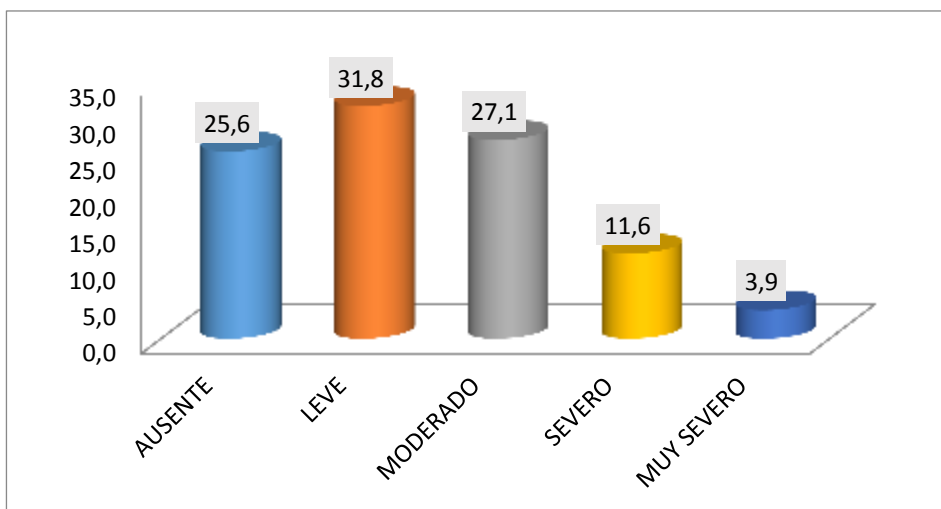
4.- Molestias Osteo – Articulares

Tabla N° 14 Molestias Osteo Articulares

MOLESTIAS OSTEO ARTICULARES	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%
AUSENTE	4	26,7	7	46,7	22	22,2	33	25,6
LEVE	3	20,0	4	26,7	34	34,3	41	31,8
MODERADO	6	40,0	2	13,3	27	27,3	35	27,1
SEVERO	2	13,3	2	13,3	11	11,1	15	11,6
MUY SEVERO	0	0,0	0	0,0	5	5,1	5	3,9
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 20 Molestias Osteo Articulares



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

En el caso de las molestias osteo articulares existen 33 pacientes que no tienen este problema lo que significa el 25.6%, 41 pacientes con problemas leves de este tipo de molestia es decir el 31.8%, 35 mujeres con molestias moderadas lo que representa el 27.1%, 15 tienen molestias severas es decir el 11.6% y finalmente 5 pacientes con problemas muy severos de molestias osteo articulares lo que significa el 3.9%, por lo que se interpreta que en las mujeres objeto de estudio las molestias osteo articulares la incidencia es de molestias leves.

Hay diferencias estadísticamente significativas $OR = 2,03$ ($IC = 0,84 - 4,89$), las mujeres posmenopáusicas refirieron con mayor porcentaje molestias osteo articulares, y a la vez no se encontraron diferencias significativas en mujeres pre/perimenopáusicas, esto ratifica con el estudio.

Peter Chedraui en un Estudio Transversal en mujeres sanas de 40 o más años de edad, en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, Ecuador, se les aplicó la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) Durante el período de estudio, se encuestó a 300 mujeres con problemas musculares y articulares (77%), un porcentaje alto que

no tiene relación con el porcentaje del presente trabajo de investigación. Las mujeres peri y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas.

(Chedraui P, 2007)

Efectos Psicológicos

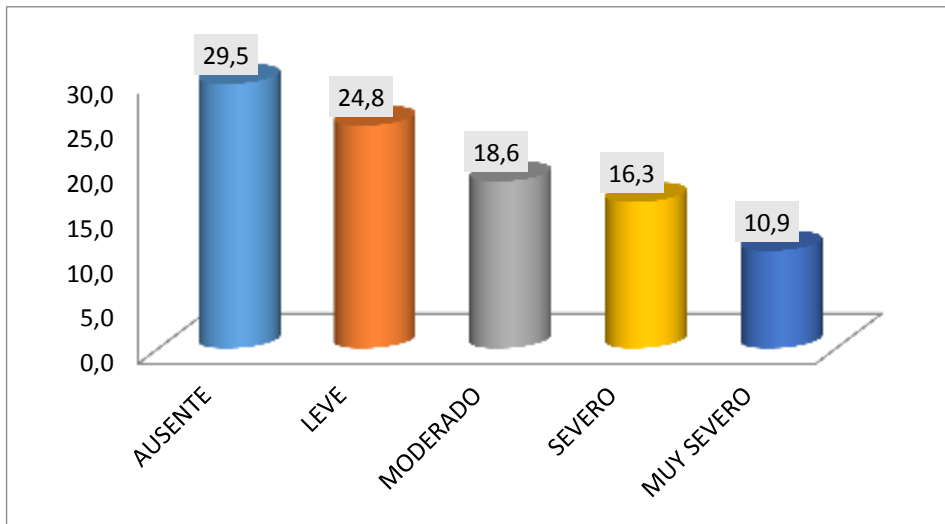
1.- Depresión

Tabla N° 15 Depresión

DEPRESIÓN	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%	f	%
AUSENTE	3	20,0	6	40,0	29	29,3	38	29,5
LEVE	2	13,3	3	20,0	27	27,3	32	24,8
MODERADO	9	60,0	1	6,7	14	14,1	24	18,6
SEVERO	0	0,0	3	20,0	18	18,2	21	16,3
MUY SEVERO	1	6,7	2	13,3	11	11,1	14	10,9
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 21 Depresión



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

De las pacientes a las que se les aplicó la prueba de valoración MRS 38 no presentan depresión lo que representa el 29.5%, 32 presentan una depresión leve lo que significa el 24.8%, 24 tienen problemas moderados de depresión es decir el 18.6%, en cambio 21 mujeres tienen problemas severos de depresión lo que representa el 16.3% y finalmente 14 pacientes presentan una depresión muy severa lo que significa el 10.9%, por lo que la mayoría de pacientes no presentan depresión o en su defecto es una depresión muy leve.

No es estadísticamente significativo $OR = 1,03$ ($IC = 0,42 - 2,53$), con una prevalencia de depresión en mujeres posmenopáusicas y no habiendo un porcentaje significativo al comparar con mujeres pre/peri menopáusicas.

Peter Chedraui en un Estudio Transversal en mujeres sanas de 40 o más años de edad, con útero intacto y los ovarios, que trabaja en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, Ecuador, se les aplicó la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) Durante el período de estudio, se encuestó a 300 mujeres con estado de ánimo depresivo (74,6%). En general, las mujeres peri y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas. (Chedraui P, 2007)

2.- Irritabilidad

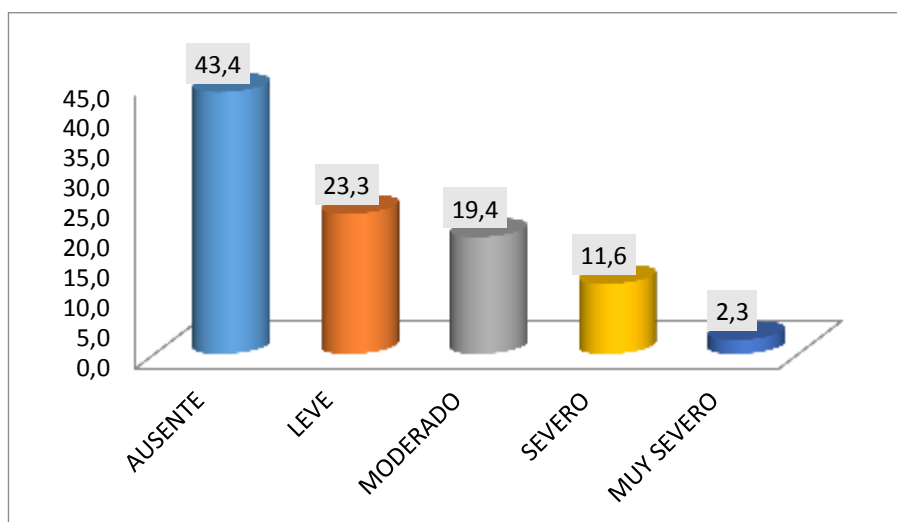
Tabla N° 16 Irritabilidad

IRRITABILIDAD	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%
AUSENTE	3	20,0	4	26,7	49	49,5	56	43,4
LEVE	4	26,7	0	0,0	26	26,3	30	23,3
MODERADO	3	20,0	5	33,3	17	17,2	25	19,4
SEVERO	3	20,0	6	40,0	6	6,1	15	11,6
MUY SEVERO	2	13,3	0	0,0	1	1,0	3	2,3
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 22 Irritabilidad



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

De las 129 pacientes 56 no presentan problemas de irritabilidad lo que representa el 43.4%, 30 presentan problemas leves de irritabilidad es decir el 23.3%, 25 tienen problemas moderados de irritabilidad lo que significa el 19.4%, 15 presentan problemas severos de irritabilidad es decir el 11.6% y finalmente 3

pacientes tienen problemas muy severos de irritabilidad lo que representa 2.3%, por lo que se interpreta que la mayor parte de las mujeres a las que se les aplicó la escala de valoración MRS no presentan irritabilidad o presentan una irritabilidad leve.

Es estadísticamente significativo $OR = 0,31$ ($IC = 0,122 - 0,79$), hay mayor prevalencia de irritabilidad en mujeres pre/perimenopáusicas, y habiendo una relación significativa con mujeres posmenopáusicas. Por lo que tiene relación con la literatura.

Álvaro Monterrosa Castro en el estudio. La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. El síntoma irritabilidad con el 62,0% en mujeres se incrementan de la premenopausia a la perimenopausia, se reducen nuevamente en la posmenopausia. (Monterrosa Castro, Paternina Caidedo, & Romero Pérez, 2011)

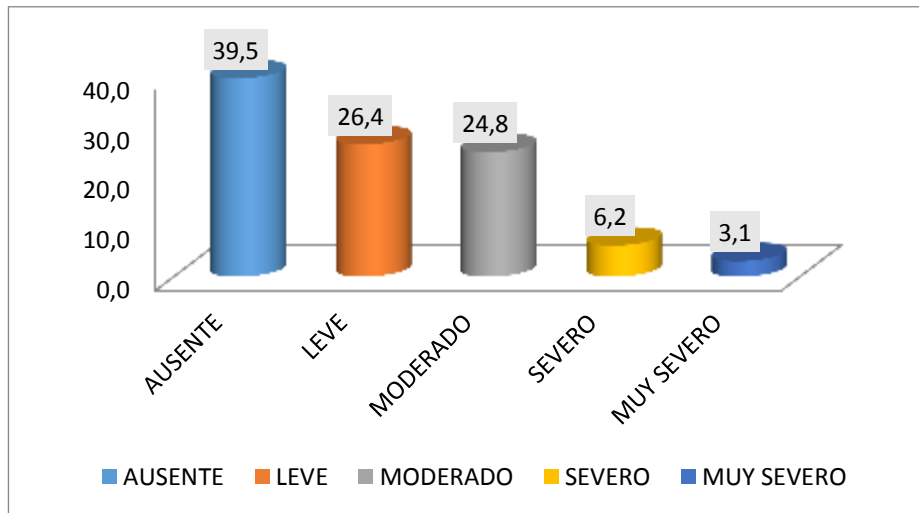
3.- Ansiedad

Tabla N° 17 Ansiedad

ANSIEDAD	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSMENOPAUSIA		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%	f	%
AUSENTE	0	0,0	2	13,3	49	49,5	51	39,5
LEVE	5	33,3	3	20,0	26	26,3	34	26,4
MODERADO	8	53,3	7	46,7	17	17,2	32	24,8
SEVERO	1	6,7	1	6,7	6	6,1	8	6,2
MUY SEVERO	1	6,7	2	13,3	1	1,0	4	3,1
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 23 Ansiedad



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Al analizar los resultados de la aplicación de la escala MRS en la ansiedad encontramos que 51 pacientes no tienen problemas de ansiedad lo que representa el 39.5%, 34 tienen problemas leves de ansiedad es decir el 26.4%, 32 presentan problemas de ansiedad moderados lo que significa el 24.8%, 8 tienen problemas severos de ansiedad es decir el 6.2% y finalmente 4 poseen problemas muy severos de ansiedad lo que representa el 3.1%.

Es estadísticamente significativo $OR = 13,72$ ($IC = 3,09 - 60,74$), la irritabilidad es más frecuente en las mujeres pre/perí menopáusicas que en las mujeres posmenopáusicas.

El metabolismo de las hormonas a nivel cerebral, interacciones con otros neurotransmisores provocando así aparición de cuadros de ansiedad en la mujer climática, por lo que la mayor incidencia fue en las mujeres que participaron en el estudio resulto ausencia de ansiedad. (Capote Bueno, Segredo Pérez, & Gómez Zayas, 2011)

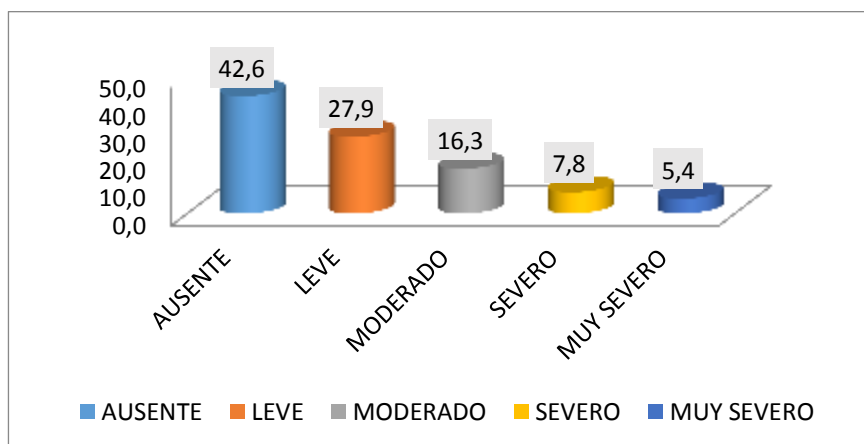
4.- Cansancio

Tabla N° 18 Cansancio

CANSANCIO	PREMENOPAUSA		PERIMENOPAUSA		POSTMENOPAUSA		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%
AUSENTE	1	6,7	2	13,3	52	52,5	55	42,6
LEVE	8	53,3	6	40,0	22	22,2	36	27,9
MODERADO	3	20,0	5	33,3	13	13,1	21	16,3
SEVERO	2	13,3	1	6,7	7	7,1	10	7,8
MUY SEVERO	1	6,7	1	6,7	5	5,1	7	5,4
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 24 Cansancio



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

En el caso del cansancio la distribución es la siguiente 55 pacientes no presentan problemas de cansancio lo que representa el 42.6%, mientras tanto 36 presentan problemas leves de cansancio es decir el 27.9%, 21 con problemas moderados lo que significa el 16.3%, 10 con problemas severos es decir el 7.8% y finalmente 7 tienen problemas muy severos de cansancio lo que representa el 5.4%, por lo que se interpreta que la mayor incidencia es la ausencia de cansancio en las mujeres en las que se realizó el estudio.

Es estadísticamente significativo $OR = 9,96 (2,83 - 34,98)$, el cansancio físico y mental se da con mayor prevalencia en mujeres posmenopáusicas vs mujeres pre/peri menopáusicas.

El estudio, publicado en *Menopause*, incluyó a más de 2200 mujeres estadounidenses de entre 40 y 60 años. Tres cuartas partes de las mujeres postmenopáusicas tenían limitaciones físicas por lo menos moderadas, ya sea al realizar ejercicio o tareas cotidianas, comparado con apenas el 10% de las participantes premenopáusicas.

Y aun cuando el equipo de Tseng consideró la edad, el peso, y enfermedades como artritis, depresión o diabetes, la menopausia seguía asociada con tres veces más posibilidad de tener limitaciones físicas. (Neyro, 2012)

En un estudio en Malasia, hecho en 356 mujeres de 40 a 65 años a quienes se les aplicó la escala MRS, uno de los síntomas más frecuentes fueron: cansancio físico y mental (67,1%). (Monterrosa Castro, Paternina Caidedo, & Romero Pérez, 2011).

Efectos Urogenitales

1.- Problemas Sexuales

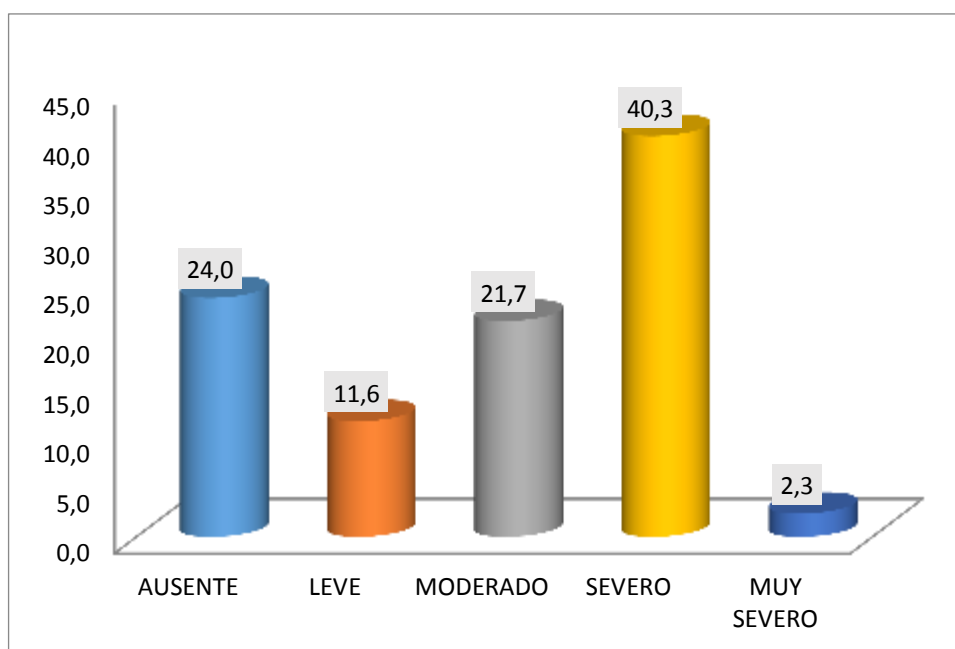
Tabla N° 19 Problemas Sexuales

PROBLEMAS SEXUALES	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSTMENOPAUSIA		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%	f	%
AUSENTE	12	80,0	10	66,7	9	9,1	31	24,0
LEVE	2	13,3	1	6,7	12	12,1	15	11,6
MODERADO	1	6,7	3	20,0	24	24,2	28	21,7
SEVERO	0	0,0	1	6,7	51	51,5	52	40,3
MUY SEVERO	0	0,0	0	0,0	3	3,0	3	2,3
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 25 Problemas Sexuales



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

De las 129 pacientes a las cuales se les aplicó la escala de valoración MRS 31 no presentan problemas sexuales lo que significa el 24%, 15 tienen leves problemas sexuales es decir el 11.6%, 28 presentan problemas sexuales moderados lo que significa el 21.7%, en cambio 52 pacientes presentan problemas sexuales severos lo que significa el 40.3% y finalmente 3 tienen muy severos problemas sexuales es decir el 2.3%, por lo que se interpreta que es alta la incidencia de problemas sexuales severos en la mujeres objeto de estudio.

Es estadísticamente significativo $OR = 27,5$ ($IC = 9,52 - 79,40$), la tasa de problemas sexuales se encuentra en todos los estados menopáusicos, con más frecuencia en la posmenopausia. Es decir, 3 de cada 10 mujeres en estado pre/perimenopáusico tienen problemas sexuales, y 9 de cada 10 mujeres en estado posmenopáusico presentan problemas sexuales.

Según la investigación, el 56% de las mujeres latinas de 40 o más años tienen este tipo de problema que afecta su calidad de vida, siendo Quito, con un 98.5%, la ciudad con más alta tasa de disfunción sexual, seguida por Montevideo (94.5%) y Cochabamba (86.3%). (El Mercurio, 2009).

Dr. Peter Chedraui en un Estudio Transversal en mujeres sanas de 40 o más años de edad, con útero intacto y los ovarios, que trabaja en el Hospital Luis Vernaza, de Guayaquil, Ecuador, se les aplicó la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) Durante el período de estudio, se encuestó a 300 mujeres con problemas sexuales (69,6%). (Chedraui P, 2007). Las mujeres peri y posmenopáusicas presentaron significativamente mayores tasas de síntomas de la menopausia en comparación con las mujeres premenopáusicas en la presente investigación haciendo una comparación poca variable. (Chedraui P, 2007)

2.- Sequedad Vaginal

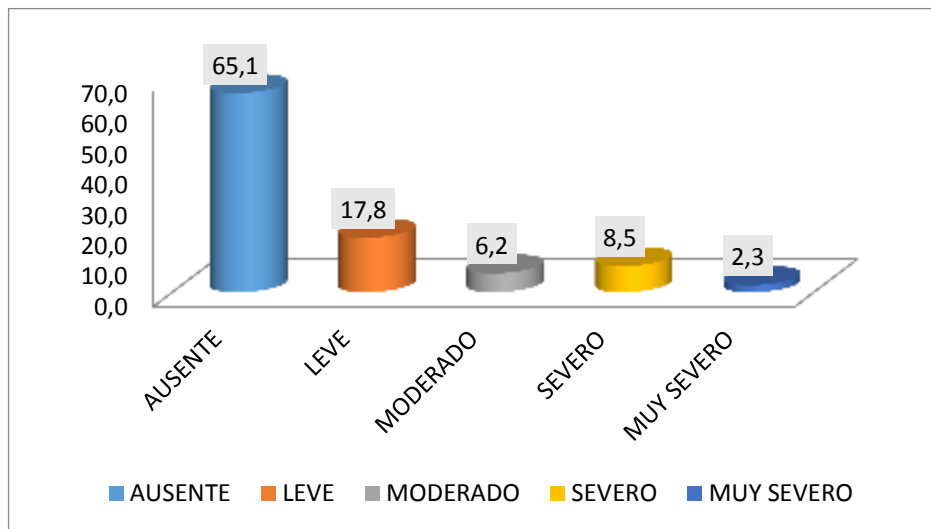
Tabla N° 20 Sequedad Vaginal

SEQUEIDAD VAGINAL	PREMENOPAUSI		PERIMENOPAUSI		POSTMENOPAUSI		TOTAL	
	A	A	A	A	A	A	f	%
	f	%	F	%	f	%	f	%
AUSENTE	1	6,7	5	33,3	78	78,8	84	65,1
LEVE	9	60,0	5	33,3	9	9,1	23	17,8
MODERAD O	2	13,3	2	13,3	4	4,0	8	6,2
SEVERO	3	20,0	2	13,3	6	6,1	11	8,5
MUY SEVERO	0	0,0	1	6,7	2	2,0	3	2,3
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 26 Sequedad Vaginal



Elaborado por: La Investigadora

Fuente: Valoración Escala MRS

En el caso de la sequedad vaginal la distribución es la siguiente 84 pacientes no presentan problemas de sequedad vaginal lo que representa el 65.1%, mientras

tanto 23 presentan una sequedad vaginal leve es decir el 17.8%, 8 con problemas de sequedad vaginal moderados lo que significa el 6.2%, 11 con problemas severos de sequedad vaginal es decir el 8.5% y finalmente 3 tienen problemas muy severos de sequedad vaginal lo que representa el 2.3%,

Es estadísticamente significativo $OR = 0,06$ ($IC = 0,024 - 0,19$), por lo que se interpreta que la sequedad vaginal es un factor con poca incidencia dentro de las mujeres del estudio. Se requiere nuevos estudios para valorar si la sequedad vaginal no se presenta en ningún estado menopáusico, lo cual es contradictorio con la literatura.

El médico Juan Enrique Blümel, presidente de la Sociedad Chilena del Climaterio y director de la Red, “el trastorno del deseo es el síntoma más importante de la etapa del climaterio, muchas veces motivado por la sequedad vaginal, situación que es reversible a través de una terapia”. (El Mercurio, 2009)

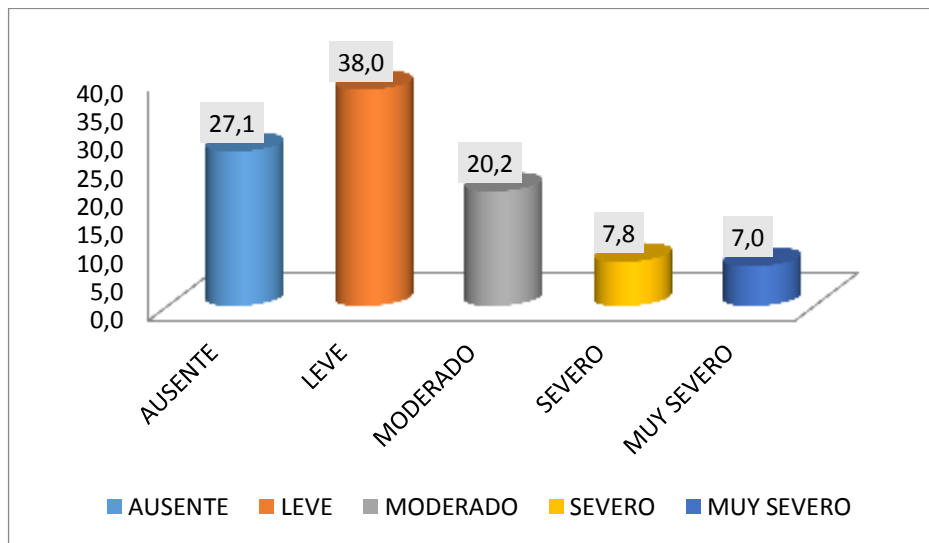
3.- Problemas de Vejiga

Tabla N° 21 Problemas de vejiga

PROBLEMAS DE VEJIGA	PREMENOPAUSIA		PERIMENOPAUSIA		POSTMENOPAUSIA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
AUSENTE	13	86,7	8	53,3	14	14,1	35	27,1
LEVE	2	13,3	3	20,0	44	44,4	49	38,0
MODERADO	0	0,0	3	20,0	23	23,2	26	20,2
SEVERO	0	0,0	1	6,7	9	9,1	10	7,8
MUY SEVERO	0	0,0	0	0,0	9	9,1	9	7,0
TOTAL	15	100,0	15	100,0	99	100,0	129	100,0

Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Gráfico N° 27 Problemas de vejiga



Elaborado por: La Investigadora
Fuente: Valoración Escala MRS

Al analizar los problemas de vejiga en las pacientes de la muestra, 35 no presentan problemas de vejiga lo que significa el 27.1%, 49 tienen problemas leves de vejiga es decir el 38%, 26 poseen problemas moderados de vejiga lo que significa el 20.2%, 10 pacientes presentan problemas severos de vejiga es decir el 7.8% y finalmente 9 pacientes sufren de problemas muy severos de vejiga lo que representa el 7%, por lo que en el caso de los problemas de vejiga las mujeres que más inciden son las que tienen problemas leves.

Es estadísticamente significativo $OR = 14,17$ ($IC = 5,40 - 37,15$), los problemas vesicales se presenta con mayor porcentaje en las mujeres posmenopáusicas, y en el mínimo caso en mujeres pre/pero menopáusicas.

En el climaterio, fin de la fase reproductiva, la mujer madura experimenta una importante disminución de la producción de hormonas que causa la pérdida del control voluntario de la vejiga. Los primeros síntomas de incontinencia urinaria pueden aparecer entre los 38 y los 47 años con la perimenopausia y sin debido control médico pueden afectar con mayor intensidad hacia la posmenopausia. (Ayala, 2010)

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La verificación de la hipótesis planteada de que “Los Factores sociodemográficos afectan a la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al Subcentro de Salud Huachi Chico Cantón Ambato según la valoración de la escala MRS”, se realizó por medio de la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) para el 95.00% de Confianza, con un 5% de error de muestreo.

Planteamiento de la Hipótesis.

Hipótesis nula (H₀): “Los Factores sociodemográficos no afectan a la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al Sub Centro de Salud Huachi Chico Cantón Ambato según la valoración de la escala MRS”

$$\mathbf{H_0: FO = FE}$$

Hipótesis Alterna (H₁): “Los Factores sociodemográficos afectan a la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al Sub Centro de Salud Huachi Chico Cantón Ambato según la valoración de la escala MRS”

$$\mathbf{H_1: FO \neq FE}$$

Valor tabular crítico de Chi cuadrado

Los grados de libertad correspondientes al ensayo, se obtienen considerando el número de filas y columnas del polígono de frecuencias observadas, siendo el resultado el siguiente.

$$\text{GRADOS DE LIBERTAD} = (NC-1) (NF-1)$$

$$GL = (2-1) (5-1)$$

$$GL = 1 \times 4 = 4$$

Valor χ^2 tabular crítico para 4 GL y 95% (0.05) Nivel de Confianza: 9.49

$$\text{Chi cuadrado } \chi^2 = 9.49$$

Regla de decisión

Dentro del conjunto de posibilidades, se ha podido distinguir dos opciones sobre las cuales aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, y estas son:

- Si el valor de $X^2_{tab} > X^2_{cal} \therefore$ se acepta hipótesis nula y se rechaza hipótesis alterna
- Si el valor de $X^2_{tab} < X^2_{cal} \therefore$ se acepta hipótesis alterna y se rechaza hipótesis nula.

Tabla. No 22 Frecuencias Observadas

Cuál es su nivel Económico	Tiene Usted Problemas Sexuales					
	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO	TOTAL
BAJO	9	5	12	24	5	55
MEDIO	19	10	14	29	2	74
TOTAL	28	15	26	53	7	129

ELABORADO POR: La Investigadora

Tabla. No 23. Frecuencias Esperadas

Cuál es su nivel Económico	Tiene Usted Problemas Sexuales					
	AUSENTE	LEVE	MODERADO	SEVERO	MUY SEVERO	TOTAL
BAJO	11,94	6,40	11,09	22,60	2,98	55,00
MEDIO	16,06	8,60	14,91	30,40	4,02	74,00
TOTAL	28,00	15,00	26,00	53,00	7,00	129,00

ELABORADO POR: La Investigadora

Modelo Matemático para el Cálculo de X^2

$$X^2 = \frac{(\sum F_o - \sum F_e)^2}{\sum F_e}$$

Dónde:

Σ = Sumatoria

Fo= Frecuencias observadas

Fe= Frecuencias esperadas

X^2 = Chi cuadrado

Tabla N° 24 Obtención de X^2 Calculado

fo	Fe	fo - fe	(fo - fe)²	(fo - fe)²/fe
9	13,22	-4,22	17,81	1,35
19	17,78	1,22	1,49	0,08
5	6,4	-1,4	1,96	0,31
10	8,6	1,4	1,96	0,23
12	11,51	0,49	0,24	0,02
14	15,49	-1,49	2,22	0,14
24	22,6	1,4	1,96	0,09
29	10,4	18,6	345,96	33,27
5	1,28	3,72	13,84	10,81
2	1,72	0,28	0,08	0,05
TOTAL				46,34

Elaborado por: la investigadora

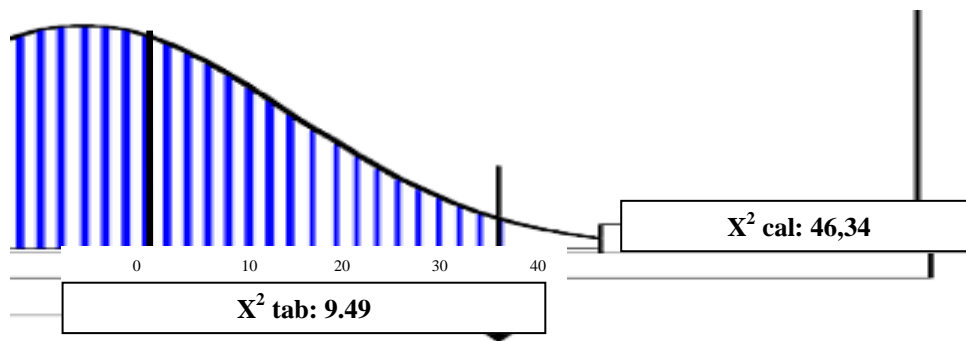


Gráfico No 28. Campana de Gauss

FUENTE: Cálculo de Chi Cuadrado

ELABORADO POR: La Investigadora

Decisión

El cálculo realizado, permitió verificar que el valor X^2 CALCULADO es de 46,34 mayor al X^2 TABULAR 9.49, cifra que se ha obtenido con un 95% de confianza y 4 Grados de libertad, por lo que se acepta la Hipótesis alterna “Los Factores sociodemográficos afectan a la calidad de vida de las mujeres climatéricas que acuden al Sub Centro de Salud Huachi Chico Cantón Ambato según la valoración de la escala MRS”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Luego de realizar la investigación se pudo establecer que los factores sociodemográficos que afectan en la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico, cantón Ambato, periodo Octubre 2014 a Enero del 2015 según la Escala MRS
- Las dimensión más afectada es la Urogenital , en la Escala MRS, en la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas investigadas, debido a que de las 129 pacientes a las cuales se les aplicó la escala de valoración MRS 52 mujeres presentan problemas sexuales severos lo que significa el 40.3% de la muestra, por lo que se interpreta que es alta la incidencia de problemas sexuales severos en la mujeres objeto de estudio
- Las características Somáticas que afectan a la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años climatéricas, según la escala de valoración MRS fue la presencia leve de Bochornos en 48 pacientes es decir que 37.2%, 53 presentan palpitaciones leves lo que significa el 41.1%, 47 mujeres presentan trastornos leves del sueño es decir el 36.4% y finalmente en el caso de las molestias osteo articulares 41 pacientes con problemas leves es decir el 31.8%.
- Luego de realizada la investigación se comprueba que la condición socioeconómica y estilo de vida son variables en las mujeres de 40 a 59 años climatéricas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Diseñar una propuesta para la atención integral de la mujer en edad de climaterio.
- Realizar nuevos estudios, en donde se pueda encontrar que otros factores pueden estar influyendo para que el síntoma (Bochornos), se presente en mujeres en estado posmenopáusico.
- Aplicación de la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en la consulta externa, para la valoración de mujeres de 40 a 59 años climatéricas.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1 TEMA

**GUIA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD EN LA MUJER
DURANTE EL CLIMATERIO**

6.1.1 Institución Ejecutora

Subcentro de Salud de Huachi Chico.

6.1.2 Ubicación

- Ciudad de Ambato

6.1.3 Tiempo

- **Inicio:** Julio 2015
- **Finalización:** Diciembre 2015

6.1.4 Equipo Responsable

- Profesionales de Subcentro de Salud de Huachi Chico y la Investigadora.

6.1.5 Costos:

- 650 Dólares

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Hace aproximadamente dos décadas, en Ecuador, al igual que en la región y en el mundo, en función del envejecimiento poblacional, resurge un nuevo impulso destinado a jerarquizar la atención del climaterio femenino: cobro gran importancia el tratamiento de reposición de los esteroides sexuales en déficit, indicados por periodos prolongados con muy pocas contraindicaciones y grandes beneficios.

Entre varias, sus indicaciones incluían los tres niveles de prevención de la cardiopatía isquémica, así como la prevención de osteoporosis, sin dejar de lado los típicos trastornos neurovegetativos.

El climaterio es una etapa natural en la vida de la mujer, que generalmente duplica en tiempo a la adolescencia o la niñez. Es el espacio vital que continúa al período reproductivo, con múltiples cambios biológicos y psicológicos que algunas mujeres lo pueden evaluar con una disminución de la calidad de vida.

Los síntomas característicos adoptan modalidades diversas en intensidad y frecuencia, pudiendo ser desde ausentes hasta severos. Independientemente de la intensidad de los síntomas se observa un incremento en el riesgo cardio-vascular y osteoporosis.

Los cambios epidemiológicos y demográficos han determinado un incremento en la esperanza de vida en las mujeres.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La mejor forma de combatir la confusión popular, que asocia climaterio con enfermedad es crucial y debe ser encarada como un momento propicio para una atención personalizada de calidad y escucha, así como para realizar campañas de conocimiento real y acciones para prevenir enfermedades, conservar y aún mejorar la salud.

Esta guía encuentra justificación dado que en el periodo climatérico muchas mujeres se verán afectadas ya sea por sintomatología que le deteriorara su calidad de vida o por la aparición de enfermedades crónicas que le afectaran su expectativa de vida.

Todas estas enfermedades no siempre son consecuencia inevitable de la edad, sino que en muchos casos pueden prevenirse con éxito, mediante prevención primaria, secundaria o terciaria.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Socializar la guía de atención integral de la salud en la mujer durante el climaterio

6.4.2 Objetivos Específicos

- 1) Elaborar la guía de atención integral de la salud en la mujer durante el climaterio
- 2) Brindar capacitación en las entidades de salud que replique la información.
- 3) Evaluar la respuesta de las pacientes comprendidas entre 40 a 59 años que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico y determinar si el método utilizado es el correcto para el manejo del Climaterio.

6.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está basada en dar solución a un problema que aqueja a la población femenina de manera silenciosa, la cual es de interés por la falta de conocimiento e incluso por no saber que el climaterio es una época de cambios fisiológicos, la peri y postmenopausia son susceptibles a posibles enfermedades que debe ser tratada a tiempo y con un médico especialista.

Para la culminación de la presenta investigación se ha tomado en cuenta que Ecuador es considerado un país multiétnico debido a la presencia de varios grupos de

nacionalidades y pueblos que mantienen sus rasgos culturales. Esto se caracteriza por poseer una cultura inicial y conservar su lengua vestimenta, actividades de producción y lo más importante su territorio ancestral por ello se optó por realizar esta guía que no afecta la pluriculturalidad, su estilo de vida ni anteponer costumbres que perjudiquen su ideología.

6.6 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Poner en acción esta propuesta es factible ya que se cuenta con el apoyo de profesionales dispuestos a colaborar y a orientar a la investigadora y sobre todo se tiene la participación de las pacientes comprendidas entre 40 a 59 años que acuden al Subcentro de Salud de Huachi Chico para ser atendidas en prevención efectiva y eficaz de las patologías más prevalentes en este grupo etáreo a seguir para evitar problemas y complicaciones posteriores.

Se debe recalcar que para la elaboración de la presente se ha obtenido información de la más alta calidad que permita su fácil comprensión ante las personas objeto de estudio.

Los gastos realizados en la elaboración de esta propuesta serán cubiertos en su totalidad por el investigador.

6.7 FUNDAMENTACIÓN

Introducción

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

Los principales objetivos de esta guía son:

a.- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la mujer entre los 40 y 64 años, así como a reducir los Factores de Riesgo de enfermedades cardiovasculares y de fracturas.

b.- Colaborar con el equipo de salud del primer nivel de atención a los efectos de facilitar su labor

La población objetivo incluye al grupo de mujeres entre los 40 y 59 años, bajo dos condiciones clínicas específicas, que menstrúan y postmenopáusicas.

Se presentan los motivos de consulta más frecuente y las recomendaciones para su diagnóstico, tratamiento, eventual derivación a nivel de mayor complejidad y seguimiento.

6.8 MODELO DE GUÍA

6.8.1 MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE MENSTRUAN

MOTIVO DE CONSULTA

- **CONTROL**

Asintomática

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y Presión Arterial

Examen físico

Exámenes paraclínicos

· PAP Test y Mamografía, de acuerdo a norma vigente más Ecografía Endovaginal

Intervención

· Perfil lipídico

Promoción estilo de vida saludable

Derivación

No

Frecuencia Seguimiento

Control anual

MOTIVO DE CONSULTA

- **CON INTERES REPRODUCTIVO**

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

- PAP test y Mamografía, de acuerdo a norma vigente
- Hemograma
- Glicemia
- Perfil lipídico
- Orina
- Toxoplasmosis
- Tétano y antirrubéola (vacunas)
- VDRL, HIV

Intervención

- Explicar posibilidades reproductivas y riesgos materno – fetales
- Promoción de estilo de vida saludable
- Ac. Fólico 400ug/día

Derivación

A 3er nivel de clínica de asesoramiento prenatal

Consejo genético

Frecuencia Seguimiento

A cargo de especialista

MOTIVO DE CONSULTA

- **ANTICONCEPCION**

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

- PAP test y Mamografía, de acuerdo a norma vigente más Ecografía Endovaginal
- Hemograma
- Glicemia
- Perfil lipídico

Intervención

Usar manual de criterios de elegibilidad médica

Valorar DIU con progesterona

Continuar por 1 año a partir de la menopausia

Contraindicaciones:

- Anticoncepción hormonal en fumadoras, hipertrigliceridemias y enfermedad trombótica
- Dispositivo Intrauterino DIU de Cobre en menometrorragia
- Métodos naturales en pacientes con irregularidad menstrual

Derivación

No

Frecuencia Seguimiento

Control semestral

MOTIVO DE CONSULTA

- **SINDROME CLIMATERICO o DISFORIA PREMENSTRUAL**

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

- PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente más Ecografía Endovaginal

- Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH)
- Perfil lipídico
- Uricemia
- Glicemia

Frecuencia: anual

Intervención

Suplementos Nutricionales

- Calcio 1200mg/día
- Vitamina D 800U/día
- Mg 200-400mg/día
- Vitamina. B.6 50-100mg/día
- Vitamina. E 400 UI/día

Promoción de estilo de vida saludable

No farmacológico

- Terapia alternativa
- Restricción de Sodio y cafeína
- Ejercicio aeróbico
- Control peso
- Alimentación que provea Calcio y Vitamina D

Farmacológico el menor tiempo posible a la menor dosis posible

- Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), gabapentina.
- Anticonceptivos Orales
- Estrógenos + gestágenos

Derivación

A 2° nivel:

- Psiquiatra
- Clínica de Climaterio

Frecuencia de Seguimiento

Repetición c/3 ciclos

Control fijado por especialista

MOTIVO DE CONSULTA

- **ALTERACIONES DEL CICLO**

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

Descartar:

- Gravidez: BHCG
- Anemia clínica y/o hemograma
- Disfunción Tiroidea TSH
- Pat. Orgánica: Examen físico y Ecografía ginecológica

Intervención

Promoción de estilo de vida saludable

1°) Sangrado uterino irregular

2°) Amenorrea

Prueba de progesterona

- **POS:** continuar como pre menopausia
- **NEG:** continuar como postmenopausia

Derivación

Evaluar con especialista

Frecuencia de Seguimiento

Control tri o semestral

Frecuencia indicada por especialista

MOTIVO DE CONSULTA

- **DISFUNCION SEXUAL**

Exámenes paraclínicos

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

Descartar:

- Gravidéz: BHCG
- Anemia clínica y/o hemograma
- Disfunción Tiroidea TSH
- Pat. Orgánica: Examen físico y Ecografía ginecológica
- Rutinas Habituales Psicológicas.

Intervención

- Promoción de estilo de vida saludable
- Corrección de factores:
 - Ginecológicos
 - Farmacológicos
 - Generales
- Revisión de aspectos psicosociales y sexuales

Si no mejora derivar a especialista

Frecuencia de Seguimiento

Control frecuencia indicada por especialista

6.8.2 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

Asintomática

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes paraclínicos

– PAP

– Mamografía

– TSH

– Ecografía Endovaginal

– Perfil lipídico

– Uricemia

– Glicemia

Prevencción ósea

Prevencción

Cytomegalovirus

Intervención

Promoción estilo de vida Saludable

Derivación

No

Frecuencia Seguimiento

Control anual

MOTIVO DE CONSULTA

- **TRASTORNOS VASOMOTORES**

Anamnesis +

Peso, cintura, talla y PA

Examen físico

Exámenes Paraclínicos

– PAP

– Mamografía

– Ecografía TV

Prevencción CV

– Perfil lipídico

– Uricemia

– Glicemia

Prevención ósea

- Ninguno

Intervención

1°) Modificar: Estilo de vida

- Respiración controlada
- Cese tabaquismo
- Ejercicio
- Evitar gatillos

2°) Tratamiento no hormonal

- Veralapride
- Bellergal
- Antidepresivos
- Gabapentina

3°) Tratamiento Hormonal el menor tiempo posible a la menor dosis posible

- Estrógenos
- Gestágenos
- Tibolona

4°) Otros

- Fitoestrógenos
- Acupuntura

Derivar

A 2° nivel: para ser indicados

- Psiquiatra
- Ginecología

Frecuencia de Seguimiento

Control fijado por especialista

MOTIVO DE CONSULTA

- **DISFUNCION SEXUAL**

Exámenes Paraclínicos

PAP y Mamografía, de acuerdo a norma vigente

- TSH
- Perfil lipídico
- Uricemia
- Glicemia
- Corrección del trofismo vaginal:
 - Problemas de descenso de vejiga
 - Estrógenos locales
- Corrección de otros factores:
 - Ginecológicos
 - Farmacológicos
 - Generales
 - Psicosociales
 - De Pareja
 - Sexuales

Si no mejora derivar a especialista

Urólogo

Ginecólogo

Sexólogo

Frecuencia de Seguimiento

Control fijado por especialista

MOTIVO DE CONSULTA

- **TRASTORNOS GENITOURINARIOS**

Exámenes Paraclínicos

– RUTINAS

- Orina
- Uro cultivo

Prevención CV

- Perfil lipídico

Medidas preventivas

De la incontinencia de orina:

- Obesidad
- Ejercicios de Kegel, útiles para la prevención y tratamiento. Su objetivo es pélvico.

De las infecciones urinarias:

- Higiene Adecuada
- Abundantes Líquidos
- Corrección Del Estreñimiento

De la atrofia:

- Estrógenos locales

Si no mejora derivar a especialista

Urólogo

Frecuencia de Seguimiento

Control fijado por especialista

6.9 METODOLOGÍA. PLAN DE ACCIÓN

Cuadro N° 3 Plan de Acción

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	RESULTADOS ESPERADOS	TIEMPO
Planificación	Adquirir conocimientos tanto en lo teórico y en lo práctico, Conocer la gravedad del problema de investigación	Elaboración de la guía	Bibliografía adecuada	Investigador personal del Subcentro de Salud Huachi Chico Ambato.	Información del problema actual	INICIO 5/07/2015 TERMINO 21/07/2015
	Llegar al paciente con el fin de que sepan sobre que es el climaterio y se familiaricen con este.	Investigación bibliográfica, extracción de la información más relevante	Recursos económicos para la elaboración de material	Investigador personal del Subcentro de Salud Huachi Chico Ambato.	Participación del 100% de las personas interesadas	INICIO 23/07/2015 TERMINO

						13/08/2015
Ejecución de la propuesta para solución del problema	Lograr que las personas acudan a realizarse chequeos según los síntomas clínicos.	Entrega de la guía al personal Médico y explicar sobre las normas a seguir para evitar posibles complicaciones.	Tiempo del personal Involucrado. Convicción de llegar a las pacientes.	Investigador personal del Subcentro de Salud Huachi Chico Ambato.	Cambio en el estilo de vida y hábitos de control en las pacientes.	INICIO 15/08/2015 TERMINO 30/10/2015
Evaluación	Al final las pacientes modificaran su estilo de vida.	Control de los factores de riesgo.	Disposición de las pacientes en mejorar su estilo de vida	Investigador personal del Subcentro de Salud Huachi Chico Ambato.	Cambio en el manejo de la paciente.	INICIO 02/11/2015 TERMINO 31/12/2015

Elaborado: La Investigadora

6.10 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta está administrada de la siguiente manera:

- **Investigadora: Lilian Escobar**

Es la responsable de estructurar, buscar los recursos y poner en marcha todos los procedimientos que harán posible el cumplimiento de la misma.

- **Tutor de Proyecto Investigativo:**

Se encargó de dar su ayuda investigativa teórica durante la realización del trabajo y apoyó con fundamento científico para establecer la propuesta de solución al problema.

6.11. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Cuadro N° 4 Evaluación

¿Qué evaluar?	La guía de atención integral de la salud en la mujer durante el climaterio.
¿Por qué evaluar?	Porque necesitamos saber si el trabajo realizado tuvo un efecto positivo y si fue de importancia para la comunidad.
¿Para qué evaluar?	Para saber si las pacientes acuden a los controles.
¿Con que criterios?	Se evaluara con pertinencia, coherencia, efectividad, eficiencia, eficacia y responsabilidad.
Indicadores	<p>Mujeres mayores de 40 años que menstrúan Motivo de consulta Control Con interés reproductivo anticoncepción Síndrome climatérico o disforia premenstrual Alteraciones del ciclo Disfunción sexual</p> <p>Mujeres Postmenopáusicas Motivo de consulta Control Trastornos vasomotores Disfunción sexual</p>
¿Quién evalúa?	Investigador.
¿Cuándo evaluar?	Permanentemente
¿Cómo evaluar?	Elaborando Encuestas y mediante la observación
¿Con que evaluar?	Cuestionario y anecdotario

Elaborado: La Investigadora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Botero, J., Jubiz, A., Henao, G. (2005). Departamento de Ginecología 6ta edición. Antioquia: Copyright.

Galindo, R.(2010). Obstetricia y Ginecología. 3ra edición. La paz-Madrid: Marqués de Valdecilla.

Pteifer, S.(2009). NMS: Obstetricia y ginecología 6ta edición. México: Lippincott William y Wilkins

Usandizaga, B., Fuente, P. (2011). Ginecología. 4ta edición. Madrid-España: Beltrán MD

LINKOGRAFÍA

Aedo, S., Cano, F., & Valenzuela, F. (2008). Medición de la calidad de vida relacionada al climaterio. *Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 3(3), 222 - 223. Obtenido de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/501>

Alba, S. S. (2011). *Revista Scielo*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200015

Araya Gutiérrez, A., Urrutia Soto, M. T., & Cabieses Valdes, B. (2006). Climaterio y postmenopausia: aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 1. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100003

- Arteaga E, B. M. (Mayo de 2011). *Revista Scielo*. Obtenido de Revista Médica de Chile vol139: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500009&script=sci_arttext
- Ayala, A. (2010). *Diario femenino*. Obtenido de <http://www.diariofemenino.com/salud/menopausia/articulos/incontinencia-urinaria-mujeres-menopausia/>
- Ayala-Fajardo, L., Portela-Buelvas, K., & Monterrosa-Castro, Á. (Junio de 2012). ¿Cuál es la calidad de vida en el climaterio que tienen mujeres colombianas diabéticas cuando se evalúan con “Menopause Rating Scale”? *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(1), 14. Obtenido de <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/articulo/view/169/134>
- B, D. M. (s.f.). *Universidad General Universitario Holguín*. Obtenido de Ginecología y Obstetricia, Cap. 33. pág 331: <http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/Ginecobstetricia%20-%20RIGOL/cap33.pdf>
- Breastcancer.org. (2014). *Breastcancer.org*. Obtenido de <http://www.breastcancer.org/es/consejos/menopausica/sobrellevar/bochornos>
- Capote Bueno, M. I., Segredo Pérez, A. M., & Gómez Zayas, O. (Octubre - diciembre de 2011). Climaterio y menopausia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 1. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013
- Castro Lora, M. (Agosto de 2012). Principales problemas del climaterio. *Mimenopausia.com*. Obtenido de <http://www.mimenopausia.com/temas-generales/principales-problemas-del-climaterio/>
- Chedraui P, A. W. (20 de Julio de 2007). *Pubmed*. Obtenido de PUBMED: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329046>

- Cruz Martínez, E. A., Cruz Anguiano, V., Martínez Torres, J., & Boo Verad, D. (Julio-Agosto de 2012). Calidad de vida en mujeres durante su climaterio. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(4). Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124c.pdf>
- De Lorenzi DRS, Chada E, Saciloto B, Padilha I. (Mayo de 2011). *Csielo*. Obtenido de Revista Médica de Chile vol139: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000500009&script=sci_arttext
- Del Prado, M., Fuenzalida, A., Jara, D., Figueroa, R., Flores, D., & Blumel, J. (2008). Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Revista médica de Chile*, 136(12), 1. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200002
- ECUADOR, C. N. (2002). "Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud". .
- ECUADOR, C. N. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley No.67 , Registro Oficial Suplemento No.423*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf
- El Mercurio. (Octubre de 2009). El 56% de las mujeres latinas sobre los 40 años padece disfunciones sexuales. Obtenido de <http://www.elmercurio.com.ec/219079-el-56-de-las-mujeres-latinas-sobre-los-40-anos-padece-disfunciones-sexuales/#.VDjXQxYWOwR>
- Frater, E. (2013). *Revista Vanguardia*. Obtenido de Bochornos premenopáusicos: <http://www.vanguardia.com.mx/bochornospremenopausicosbuenasenal-1810613.html>
- Heinemann LAJ, d. T. (2008). *MENOPAUSE RAITING SCALE*. Obtenido de <http://www.menopause-rating-scale.info/objectives.htm>

- Hernández, D. B. (2007). *Rev Cubana Obstet Ginecol*. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin08307.html
- I, P. d. (2006). *Revista Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000900001
- Ivette Marina Romero-Pérez, M. (2010). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 61 No. 4. *MENOPAUSIA Y ETNIAS/RAZAS*:. Obtenido de file:///C:/Users/Lilian/Downloads/54c6a3ac0cf238bb7d09368f.pdf
- Legorreta Peyton, D. (Enero a junio de 2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 1. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242007000100005&script=sci_arttext
- MINSAL. (2012). Programa de Salud de la Mujer. *ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA*. Obtenido de <http://www.menopausia-climaterio.cl/Anexo%201%20-%20MRS%28PDF%29.pdf>
- Monterrosa Castro, Á., Paternina Caidedo, Á., & Romero Pérez, I. (Junio - agosto de 2011). La calidad de vida de las mujeres en edad media varía según el estado menopáusico. (U. d. Antioquia, Ed.) *Iatreia*, 24(2), 136 - 138.
- Neyro, D. J. (2012). *Mimenopausia.com*. Obtenido de <http://www.mimenopausia.com/noticias/cansancio-o-menor-rendimiento-fisico-en-la-menopausia-realizar-ejercicios/>
- Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2007). Frecuencia de los síntomas de menopausia y riesgos asociados en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(5). Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000400013

PACHECO, D. J. (2007). *Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_30n1/climaterio.htm

Society, T. N. (s.f.). Lo que Usted Debe Saber Sobre el peso y la menopausia. *The famele patient*.

Ulloque Caamaño, L., Carriazo Julio, S. M., Monterrosa Castro, Á., & Paternina Caicedo, Á. (2013). Climaterio: oleadas de calor y otros síntomas en indígenas Zenúes colombianas. *Investigaciones Andina*, 15(27), 1. Obtenido de http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462013000200003&lng=es&nrm=iso

Zavala Molina, R. (2007). Calidad de vida en el climaterio. (COPESA, Ed.) *La Cuarta*. Obtenido de <http://www.lacuarta.com/diario/2007/08/12/VAS.CLMATERIO.html>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. **PROQUEST:** Miranda, J., Ferreira, Maria de Lourdes da Silva Marques, & Corrente, J. E. (2014). Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na atenção Primária/Quality of life of postmenopausal women attended at primary health Care/Calidad de vida de las mujeres en climaterio tratadas en la atención primaria. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(5). -809. Recuperado el 20 de enero del 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1641647011?accountid=36765>
2. **PROQUEST:** Sousa, J., Zveiter, M., de Almeida, V., Linhares Maciel, de Menezes, H. F., Mara, G., & Alves, R. (2012). HEALTH EDUCATION AS A TOOL FOR WOMEN IN CLIMACTERIC: GRANTS FOR NURSING CARE/EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA À MULHER NO CLIMATÉRIO: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DE

ENFERMAGEM/EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO FERRAMIENTA PARA LA MUJER EN EL CLIMATERIO: BECAS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 4(1). Recuperado el 20 de enero del 2015. Disponible en :

<http://search.proquest.com/docview/1450255503?accountid=36765>

3. **PROQUEST:** Leite, E. d. S., de Oliveira, F. B., Martins, Á. K., Ramalho, K. K. A., & Torquato, J. A. (2012). PERSPECTIVES ON WOMEN CLIMACTERIC: CONCEPTS AND IMPACTS ON HEALTH BASIC CARE/PERSPECTIVAS DE MULHERES SOBRE O CLIMATÉRIO: CONCEITOS E IMPACTOS SOBRE A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA/LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA: CONCEPTOS Y LOS IMPACTOS SOBRE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 4(4), 2942-2952. Recuperado el 20 de enero del 2015. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/1450275569?accountid=36765>

4. **PROQUEST:** Martínez, M. D. (2012). Factores psicosociales predictores de la satisfacción con la vida en la perimenopausia y posmenopausia/ Psychosocial predictors of satisfaction with life during perimenopause and postmenopause. *Aquichan*, 12(3). Recuperado el 21 de enero 2015. Disponible en :

<http://search.proquest.com/docview/1349515386?accountid=36765>

5. **PROQUEST:** Un 55,4% de mujeres latinoamericana empeora calidad de vida durante menopausia. (2008, Oct 22). Recuperado el 21 de enero del 2015. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/433124898?accountid=36765>

6. **PROQUEST:** Advierten del mayor riesgo de depresión en el climaterio.

(2012, Jan 23). *Correo Farmaceutico*. Recuperado el 21 de de enero del 2015. Disponible en:

<http://search.proquest.com/docview/963966601?accountid=36765>

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina



El Cuestionario contiene preguntas que nos ayudarán a determinar “Factores Sociodemográficos y Calidad de Vida según la Escala de Puntuación Menopáusica (MRS) en mujeres de 40 a 59 años climatéricas”.

Nota: Por favor marque con una (X) en los correspondientes casilleros según su respuesta.

Edad						
Estado civil	Soltera	<input type="checkbox"/>	Casada	<input type="checkbox"/>	Unión Libre	<input type="checkbox"/>
Nivel de educación	Ed. Básica	<input type="checkbox"/>	Bachillerato	<input type="checkbox"/>	Universidad	<input type="checkbox"/>
Nivel de vida	Alto	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	Bajo	<input type="checkbox"/>
Paridad	Nulípara	<input type="checkbox"/>	Multípara	<input type="checkbox"/>		
	1 hijo	<input type="checkbox"/>	Más de 2 hijos	<input type="checkbox"/>		
Fuma	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Consume Alcohol	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Etnia	Mestiza	<input type="checkbox"/>	Blanca	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>
					Afroecuato-riana	<input type="checkbox"/>

IMC	bajo peso	Peso Normal	Sobrepeso	OBESIDAD Leve Moderada Mórbida
Ejercicio Físico	Si	No		
FUM		Premenopausia	Perimenopausia	Posmenopausia

Elaborado por: Lilian Escobar

Anexo 2:

ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS)

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad? Marque solamente una casilla en cada línea		Molestia Ausente	Siente molestia Leve	Siente Molestia Moderada	Siente molestia Severa	Siente Molestia Muy Severa
		0	1	2	3	4
1.	Bochornos, sudoración, calores					
2.	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3.	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					

4.	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5.	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6.	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7.	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8.	Cansancio físico y mental (rinde menos,					

	se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9.	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10.	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11.	Sequedad vaginal (sensación de genitales					

	secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					
--	--	--	--	--	--	--

(MINSAL, 2012)

Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....con
residencia en la Ciudad de.....
Provincia.....con edad de..... he sido
informado detalladamente sobre el Proyecto de Investigación del tema de Estudio
“FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LA
ESCALA MRS EN MUJERES DE 40 A 59 AÑOS CLIMATÉRICAS QUE
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE HUACHI CHICO, CANTÓN
AMBATO, PERIODO OCTUBRE 2014 A ENERO DEL 2015”.

Por lo cual doy la Autorización voluntariamente para que mis datos se han
utilizados para dicha investigación.

Investigadora: Lilian Escobar

MENOPAUSE RATING SCALE (MRS)

Versión en Inglés

Menopause Rating Scale (MRS)

Which of the following symptoms apply to you at this time? Please, mark the appropriate box for each symptom. For symptoms that do not apply, please mark 'none'.

Symptoms:

	none	mild	moderate	severe	very severe
	-----	-----	-----	-----	-----
Score =	0	1	2	3	4
1. Hot flushes, sweating (episodes of sweating).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heart discomfort (unusual awareness of heart beat, heart skipping, heart racing, tightness).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity and satisfaction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatoid complaints)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE PUNTUACIÓN MENOPÁUSICA (MRS)

ESCALA MRS PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PERIMENOPAUSIA Y MENOPAUSIA

¿Cuál de las siguientes molestias siente en la actualidad y con qué intensidad?

Marque solamente una casilla en cada línea

No siente molestia Siente molestia leve Siente Molestia moderada Siente molestia importante Siente demasiada molestia



PUNTOS

0

1

2

3

4

1	Bochornos, sudoración, calores					
2	Molestias al corazón (sentir latidos del corazón, palpitaciones, opresión al pecho)					
3	Molestias musculares y articulares (dolores de huesos y articulaciones, dolores reumáticos)					
4	Dificultades en el sueño (insomnio, duerme poco)					
5	Estado de ánimo depresivo (sentirse deprimida, decaída, triste, a punto de llorar, sin ganas de vivir)					
6	Irritabilidad (sentirse tensa, explota fácil, sentirse rabiosa, sentirse intolerante)					
7	Ansiedad (sentirse angustiada, temerosa, inquieta, tendencia al pánico)					
8	Cansancio físico y mental (rinde menos, se cansa fácil, olvidos frecuentes, mala memoria, le cuesta concentrarse)					
9	Problemas sexuales (menos ganas de sexo, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor satisfacción sexual)					
10	Problemas con la orina (problemas al orinar, orina más veces, urgencia al orinar, se le escapa la orina)					
11	Sequedad vaginal (sensación de genitales secos, malestar o ardor en los genitales, malestar o dolor con las relaciones sexuales)					